This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`

LANE MEDICAL LIBRARY STANFORD
T71 .D55 1876 STOR
Therapeutique des maladies venerienne
24503365129

32E

LANE

MEDICAL LIBRARY

LEVI COOPER LANE FUND

THÉRAPEUTIQUE

DES

MALADIES VÉNÉRIENNES

ET DES

MALADIES CUTANÉES

THE PROPERTY OF THE N. YORK HOSPITAL.

Droits de reproduction et de traduction réservés.

Typographie Lahure, rue de Fleurus, 9, à Paris.

THÉRAPEUTIQUE

DES

MALADIES VÉNÉRIENNES

ET DES

MALADIES CUTANÉES

PAR

M. P. DIDAY
Ex-chirurgien en chef de l'Antiquaille, de Lyon

ET

M. A. DOYON
Médecin-inspecteur des eaux d'Uriage, directeur des *Annales de Dermatologie*

LANE MEDICAL LIBRARY
12203
SAN FRANCISCO

PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

M DCCC LXXVI

T71
D55
1876

I

MALADIES VÉNÉRIENNES

Ce livre est le fruit, aujourd'hui mûr, de plus de trente ans d'étude et d'expérience. Une si longue pratique des maladies vénériennes, éclairée par la part incessante que j'ai prise au journalisme médical, me donne, je pense, quelque droit de dire que, durant le cours de ma carrière, il n'est guère de méthodes, de formules, tant en France qu'à l'étranger, que je n'ai connues et mises à l'épreuve.

Eh bien ! de toutes ces ressources, ce ne sont que celles reconnues par moi comme vraiment utiles que j'ai voulu consigner dans cet ouvrage. Qu'on n'y cherche donc point un exposé, moins encore une critique des acquisitions successives de la science et de l'art. Une seule chose m'a préoccupé : décrire les médications *nécessaires* avec assez de détails, et les rattacher à leurs indications, souvent si complexes, avec assez de précision pour que, en aucun cas, le praticien ne puisse être arrêté par une difficulté sérieuse ; pour que, en un mot, autant qu'il se peut, au sortir de ces pages, le lecteur, initié, soit fait spécialiste.

Tel a été mon but ; et dès l'abord j'ai dû l'énoncer. Cette déclaration m'expose, je le sais, à de légitimes exigences ; mais elle servira, par contre, à justifier en partie mon œuvre des omissions et lacunes qu'il serait si aisé d'y relever.

P. DIDAY.

VASSEL JINAJ

On a appelé *vénériennes* les maladies qui ont leur source la plus ordinaire dans les contacts et frottements mutuels destinés à provoquer l'éjaculation.

Ces contacts et frottements agissent tantôt comme moyen de transmission, tantôt comme cause d'irritation vulgaire. De là, deux classes de maladies vénériennes : les *contagieuses*, au nombre de trois, blennorrhagie, chancrelle, syphilis; les *non contagieuses*, végétations, adénite, balanite, herpès, phimosis et para-phimosis, urétrorrhée, prostatorrhée, spermatorrhée, abcès vulvaires, abcès juxta-frénaux, etc.

Sans doute, il serait logique de faire de ces maladies deux classes distinctes. Mais celles de la seconde catégorie naissant habituellement pendant le cours, à l'occasion de celles de la première, il est préférable de décrire ces diverses lésions groupées selon leurs affinités naturelles, c'est-à-dire selon les rapports soit de siége, soit de causalité, soit de succession, soit de simple coïncidence, que la clinique nous montre entre les unes et les autres.

BLENNORRHAGIE

Ce mot, dans le langage usuel, comprend des inflammations de diverses membranes muqueuses, déterminant la sécrétion d'un pus dont le contact sur les muqueuses similaires soit du malade, soit d'un autre individu, y reproduit la même inflammation. L'urèthre, le vagin, la conjonctive sont les siéges les plus communs de la blennorrhagie.

BLENNORRHAGIE URÉTHRALE

A. — Chez l'homme.

La plus fréquente de toutes, elle est comme le type des affections blennorrhagiques. Mais elle a aussi été prise pour type des inflammations de l'urèthre ; si bien que dès qu'un homme *coule* ou que seulement il *souffre du canal*, instinctivement il croit avoir contracté une blennorrhagie, avoir, selon l'expression vulgaire, *pris du mal*...

C'est là un préjugé, et un préjugé fertile en terreurs imaginaires, en soupçons injustes, en accusations mal fondées. Aussi nous attacherons-nous à faire sur ce point la lumière, en consacrant, après la blennorrhagie, un chapitre spécial (sous le nom de *blennorrhoïdes*) aux diverses uréthropathies qui peuvent la simuler, et qui souvent la compliquent.

La blennorrhagie uréthrale provient toujours du contact du pus d'une blennorrhagie : c'est là sa seule origine.

Médicalement, ce principe ne se conteste point, car il n'est qu'une application de la loi qui préside à la pathogénie de toutes les affections contagieuses.

Mais dans le monde on ne l'entend point ainsi. « La femme que j'ai vue n'avait point de mal ! » telle est la première

parole que tout blennorrhagien, et sans qu'on le questionne, adresse à son médecin. Ce qui justifie parfaitement la réponse de Ricord à un naïf de cette espèce :

« Eh bien ! s'il en est ainsi, mon ami, je n'ai qu'un conseil à vous donner : c'est, une fois guéri, de ne plus voir que des femmes qui ont du mal. »

— « .... Que des femmes qui ont du mal, docteur !!...

— « Dam ! Puisque celles qui n'en ont pas vous en donnent !... »

Ce trait désarçonne le client. Mais préférez-vous le contenter ? Rien de plus facile. Dites-lui seulement : « Mais peut-être cette femme avait-elle des pertes blanches ! » A ce mot, vous voyez sa figure s'épanouir[1]. Et cette solution, qui le satisfait en ouvrant à son amour-propre un échappatoire, satisfait également le médecin ; car bien souvent, lorsqu'on examine la femme qui a *donné du mal* à un homme, on ne trouve chez elle que des pertes blanches.

Or, toute *perte blanche* peut-elle produire une blennorrhagie ?... Non. Celles qui proviennent de gastralgie, d'aménorrhée, de lymphatisme, de catarrhe utérin simple, etc., sont sans danger pour l'homme (comme les flux uréthraux de l'homme, qui dépendent de l'arthritis ou d'un rétrécissement, le sont pour la femme). Seulement, si la femme qui passe pour avoir une perte blanche a, en réalité, quelque reste de blennorrhagie vaginale ou utérine, qu'arrive-t-il ? C'est qu'une goutte de ce pus blennorrhagique peut contagionner, ou que, se mêlant au liquide inoffensif d'une perte blanche, il donne à celle-ci ses propriétés contagieuses ; cas d'autant plus com-

[1] « Mais si elle n'a qu'une perte blanche, insistent certains clients moins accommodants, comment se fait-il qu'elle ait pu me donner *du mal ;* car elle ne souffre pas, elle, et moi je souffre ! » Fermez la bouche à ces raisonneurs, en leur expliquant que le même mal peut être douloureux ou inoffensif, selon le siége qu'il occupe, selon qu'il existe sur l'*urèthre* (où le passage de l'urine et l'érection produisent de la douleur), ou sur le *vagin* (qui est exempt de ces causes irritantes).

mun que la *goutte*, ou suintement blennorrhagique n'est pas moins tenace, persistante dans le sexe féminin que dans le masculin ; cas d'autant plus insidieux que, parvenue à ce degré, la blennorrhagie ne cause à celle qui en est atteinte aucune douleur ; que cette blennorrhagie a tous les caractères objectifs de la perte blanche, ne s'en distingue absolument que par son origine, origine que la coupable ignore souvent et, en tout cas, n'avoue jamais.

Un fait bien connu prouve la justesse de cette explication. On ne prend jamais de mal avec une *femme honnête*[1] ; généralement un mari n'en prend pas avec sa femme, quoique celle-ci ait des pertes blanches. Et le même homme, notons-le bien, contractera la blennorrhagie s'il voit, en dehors de son ménage, une fille ayant des pertes, quelques soins de propreté, quelques précautions que ces sortes de créatures prennent pour épargner à leur amant le contact de l'écoulement vaginal.

J'ai dit qu'il est parfois impossible de reconnaître par l'examen si un écoulement vaginal contient de la matière blennorrhagique ? Il y a cependant des probabilités qu'il en est ainsi quand les surfaces secrétantes offrent la rougeur et le gonflement propres à l'inflammation, quand l'écoulement est extrêmement purulent, et surtout quand il y a coexistence d'un écoulement par l'urèthre, car la perte blanche simple, la leucorrhée, ne s'accompagne point d'uréthrite ; celle-ci, chez la femme, est donc presque toujours de nature blennorrhagique.

Conclusion, comme règle de conduite : tenez-vous à plaire à vos deux clients, à celle qui trompe comme à celui qui *veut*

[1] Au rebours de Brantôme, j'entends ici par *femme honnête* celle qui l'est réellement. — Mais il est des cas cependant, cas rares mais bien constatés, où une femme, restée fidèle à son mari, peut lui donner une blennorrhagie : c'est lorsque le mari, en ayant une, l'a d'abord communiquée à sa femme. Or, pendant que le mal méconnu ou négligé par celle-ci persiste chez elle, le mari se traite du sien ; si bien que, plus tard, guéri lui, il peut, en cohabitant avec sa femme, qui a gardé *un reste*, coïncidant ou non avec des pertes blanches, contracter à nouveau une véritable blennorrhagie.

être trompé?... Acceptez la *perte blanche* pour argent comptant; laissez cette étiquette honorable garantir les produits d'un commerce dont les fraudes ne pourraient être mises au jour sans péril pour la paix des ménages. — Tenez-vous, au contraire, à connaître la vérité vraie, afin d'en faire profiter ceux qui savent l'entendre?... Alors, pénétrez-vous des principes ci-dessus. Interrogez, explorez à fond les femmes incriminées. Examinez leur vagin plusieurs heures après qu'elles se sont lavées, leur urèthre plusieurs heures après qu'elles ont uriné; n'omettez jamais le speculum pour rechercher s'il existe un suintement venant de l'utérus ; pressez aussi sur la glande de Bartholin : et souvent une goutte de pus, émergeant à l'improviste, vous fournira à la fois l'explication du passé et la sauvegarde de l'avenir.

La blennorrhagie uréthrale est une inflammation aiguë, à marche réglée. Ses symptômes (douleur en urinant et dans l'érection, sécrétion mucoso-purulente, gêne de la miction), suivent par conséquent un cours constant d'augmentation puis de déclin, l'un et l'autre graduels.

Mais ces phases successives de croissance et de décroissance, médiocrement intéressantes pour le pathologiste, le sont, au contraire, beaucoup pour le spécialiste. Car à chaque période correspond une médication distincte, qui ne servira plus, qui pourra même nuire si on l'administre dans une phase autre que celle à laquelle elle est appropriée. Aussi, afin de mettre dans la description autant de précision que la thérapeutique en exige, diviserai-je l'évolution de la blennorrhagie en quatre périodes : celle de début du mal (où on peut le faire avorter) ; celle d'état (où il n'y a pas d'espoir d'obtenir la cure rapide et où parfois il serait préjudiciable de la tenter) ; celle de maturité (où cette cure peut et doit être provoquée) ; enfin celle de chronicité (où des indications toutes différentes naissent de la tendance du mal à persister). En d'autres termes, pour le

praticien : état abortible ; état irrépressible ; état répressible, et souvent état stationnaire.

1° ÉTAT ABORTIBLE.

La sensation de lassitude locale qui parfois succède, pendant huit ou dix heures, au coït a fait place à un état complétement normal. Durant au moins vingt-quatre heures, souvent quarante-huit ou soixante, l'homme même qui s'observe le plus minutieusement n'a eu conscience d'aucune modification dans son fonctionnement génito-urinaire, lorsque, en moyenne deux jours et demi après l'acte contagionnant, il éprouve, en urinant, une sorte de chaleur très-faible et absolument sans douleur. Peu d'heures après ce premier avertissement, un picotement est senti dans la fosse naviculaire, picotement instantané comme celui que produit une mouche qui se pose.

Dès lors, un vieux routier, un blennorrhagien émérite connaît son sort. Il a pu s'y laisser prendre : il ne s'y laissera pas tromper. Ce simple éclair, ce vague frémissement, éclatant en pleine santé, au moment où la fatigue résultant du coït avait cessé, lui dénote l'invasion fatale. S'il doute encore, — en pareil cas, qui n'aime à douter ? — il se met en mesure de vérifier le fait *de visu ;* et pour cela il espace ses mictions, afin de permettre à la sécrétion morbide, encore faible, qui va avoir lieu, de s'accumuler en quantité perceptible.

Si donc, cinq heures après avoir uriné, en pressant le canal, vous amenez au méat une goutte *blanche*, ou même seulement *teintée de blanc*, n'hésitez plus à tenter l'abortion. A ce moment, elle est possible, et de plus très-probable. Tout retard, inutile pour le diagnostic, ne ferait que diminuer les chances de réussir[1].

Une injection avec la solution de nitrate d'argent est le

[1] La plupart des malades laissent passer ce moment, et, ne nous consultant que deux ou trois jours après, nous disent candidement, au sujet de cette première goutte : « *Comme c'était peu de chose, j'ai pensé que ce n'était rien.* »

meilleur agent abortif. Dose suffisante, mais nécessaire, 0,2 de sel sur 18 grammes d'eau distillée.

Autant que possible, ne confiez pas le soin de faire l'injection au client, le plus souvent inexpérimenté, craintif ou maladroit. Chargez-vous en : quoi qu'il arrive, il vous en saura gré.

Au début, l'inflammation n'occupant encore que 5 ou 6 centimètres de l'urèthre, il suffit d'injecter 8 grammes (environ une cuillerée à café) de la solution. Mais l'inflammation ayant commencé par le méat, il importe que l'extrémité du canal, qui est la plus malade, n'échappe pas à l'action du liquide caustique : il faut donc retenir ce liquide, non en pinçant le bout du gland, comme on le fait d'ordinaire, mais en plaçant un doigt devant l'orifice.

Retenez ainsi l'injection cinq minutes. Puis, après l'avoir laissé sortir, et le client étant averti de ne pas uriner immédiatement, prévenez-le que dans une heure et demie commencera une sécrétion purulente épaisse, avec douleur en urinant, sécrétion dont il ne doit pas s'alarmer, qui n'est que l'effet de l'injection, et qui cessera d'elle-même au bout de vingt-quatre ou trente-six heures.

A ce terme, si l'abortion a réussi, on trouve le canal sec, quoiqu'un peu de dysurie (effet de la cautérisation) doive persister durant quelques jours. En cinq jours, la guérison est complète, et le client peut reprendre toutes ses habitudes.

Si, au contraire, l'abortion a échoué, voici ce qu'on observe : Après un jour ou un jour et demi de guérison apparente, il s'établit, peu à peu, une secrétion purulente, sécrétion qu'on distinguera aisément de celle produite par l'injection, d'abord, parce qu'elle ne commence que trois jours après l'injection faite, puis, parce qu'elle va en augmentant, tandis que celle due à l'injection va toujours en diminuant.

A ce moment, c'est-à-dire quand la blennorrhagie, suspendue, mais non guérie par l'injection, reparaît, quelques malades demandent qu'on en fasse une nouvelle. Erreur que

le médecin ne saurait partager, car si le mal, pris au début, a résisté à la médication, n'y résisterait-il pas à plus forte raison encore, étant pris à une période plus avancée ?

J'ai précisé l'époque où l'injection abortive réussit presque certainement. Mais si le malade a été négligent, l'inflammation a eu le temps non-seulement d'envahir une plus grande étendue de l'urèthre, mais encore de pénétrer les tissus à plus de profondeur. Le sujet doit donc être prévenu des chances moindres qu'aurait alors un essai d'abortion. Sur sa demande on peut néanmoins consentir à le faire, si la secrétion n'est pas exclusivement purulente, et s'il n'existe pas encore de rougeur, et surtout d'œdème des lèvres du méat.

En ce cas, ne cherchez pas à compenser le désavantage de la situation en élevant la dose du caustique. Trois manœuvres supplémentaires réaliseront mieux ce but :

1° C'est, d'abord, le séjour plus prolongé de l'injection, ou mieux deux injections faites successivement dans la même séance, et de cinq minutes chaque[1]. On peut même aller jusqu'à quinze minutes en tout.

2° Puis, l'injection étant faite, tandis qu'avec le pouce gauche je ferme l'urèthre, du bord externe de l'index droit je refoule d'*arrière en avant* le liquide ; ainsi comprimé entre les deux doigts qui le pressent en sens inverse, le liquide forcément étale les plis, comble les lacunes, enfile les follicules de la muqueuse, s'insinue, en un mot, partout où a pénétré l'inflammation qu'il doit éteindre sur place.

3° Enfin, lorsque le méat est déjà rouge, il faut, pendant que l'injection est dans l'urèthre, coiffer cet orifice avec un dé à coudre plein du même liquide, et l'y tenir, ainsi renversé, près de trois minutes; ceci pour agir sur les lèvres même du méat.

[1] La première sort en effet *blanchie;* ce qui prouve que la solution s'était décomposée au contact d'un peu d'urine, était, en partie devenue un chlorure d'argent, que par conséquent son pouvoir caustique s'était affaibli.

Certains clients sont dans de bonnes conditions pour tenter l'abortion; mais ignorant cette ressource, ils n'en demandent pas l'application. D'autres, quoique étant venus consulter à une période un peu avancée, insistent pour qu'on essaie de *couper*. Que doit faire le médecin ?

Aux uns comme aux autres, il doit dire quelles sont leurs chances ; leur représenter, avant tout, qu'il n'y a, à tenter l'abortion, ni danger, ni même perte de temps, seulement un peu de douleur. Mais à tous, surtout aux tard venus, il déclarera qu'on n'est sûr de rien, que, même dans les conditions les plus favorables, il n'y a jamais que présomption plus ou moins grande de réussir.

2° ÉTAT IRRÉPRESSIBLE.

Ce mot n'est pas ici sans dessein. Je l'ai choisi parce qu'il répond à un préjugé aussi funeste que général.

Quand l'uréthrite date de plus de trois jours ; quand sa sécrétion fournit une goutte de pus par heure ; quand il y a douleur, soit en urinant, soit durant l'érection ; quand les bords du méat — indice de l'état de la muqueuse uréthrale, comme la langue l'est de celui du tube digestif — sont rouges et luisants, beaucoup de malades et quelques médecins s'imaginent que, même à ce degré, on peut obtenir la guérison expéditive, au moyen du copahu et d'injections astringentes, cathérétiques ou caustiques. Ils entreprennent donc cette cure, et, immanquablement, voici ce qui arrive :

L'écoulement est presque supprimé au bout de cinq jours, mais il persiste à cet état de *quasi-suppression*. Souvent, alors, on varie les remèdes, on passe à de plus actifs ; on change les préparations, jusqu'à ce que, de guerre lasse, et voyant continuer ce suintement, on cesse toute médication.

On cesse ; et aussitôt l'écoulement, la douleur, la tuméfaction recommencent tels qu'au début. Le mal, dès lors, suit son cours progressif sans que la médication précoce, intempes-

tivement instituée, ait eu d'autre résultat que d'habituer l'organisme à l'effet des anti-blennorrhagiques, de ces précieux agents, qui, lorsqu'on y recourra plus tard, auront ainsi perdu la plus grande partie de leur action curative.

On contestera l'exactitude de ce tableau ; on argüera sans doute d'une pratique plus heureuse que la mienne... Mais je maintiens mon dire ; et, au nom de trente ans d'observation (plus d'une fois exercée sur les terres de mes voisins), je défie qu'on me montre, guérie en quinze jours, une blennorrhagie uréthrale, dont le traitement aura été commencé durant la période aiguë, telle que je viens d'en spécifier les caractères.

Mais les préjugés ont la vie dure. Battu dans sa prétention principale, celui-ci se retranche sous un amendement. Une catégorie non moins nombreuse de clients consentent bien à laisser *couler* avant de *couper*. Mais ils n'y consentent que pour quinze jours ! c'est, et aux yeux de tous, le temps réglementaire[1]. A ce terme, la chaudepisse est censée répressible. Douloureuse ou non, copieuse, purulente, avec œdème ou gonflement inflammatoires, peu importe ; il faut l'arrêter ; elle *doit* être mûre. N'a-t-on pas pris des rafraîchissants pendant quinze jours ?... On essaie donc de la couper ; et... et les mécomptes surviennent, se succèdent comme il a été dit plus haut.

A ces illusions qui font la fortune des pharmaciens-traitants et le désespoir des malades, substituez hardiment l'impitoyable mais salutaire vérité. A tout blennorrhagien qui vient vous consulter, au moment où la période aiguë est établie, annoncez qu'il en a, en moyenne, pour un mois ou six semaines avant qu'il y ait possibilité d'administrer utilement les spécifiques. Il se récriera : Tenez bon. — Il vous quittera : Patience ! Bientôt vous le reverrez, et plus que converti.

[1] Comme les *vingt-et-un* jours de saison thermale, qui doivent absolument guérir les diathèses les plus invétérées !

Si cette période paraît longue au malade, elle n'est pas moins pénible pour le médecin.

Il est triste de voir revenir, tous les huit jours, un homme à qui l'on ne peut répondre que par la décourageante formule : Prenez patience. Car cet homme sait qu'il existe des spécifiques contre sa maladie ; et, ne comprenant pas qu'ils n'ont d'efficacité qu'à une période déterminée, il s'étonne des délais que vous lui imposez. S'il ne vous accuse pas tout haut de le *traîner en longueur*, soyez sûr que, à ses yeux, vous y mettez un mauvais vouloir systématique. Son langage, ses obsessions, ses visites réitérées dénotent, malgré lui, cette impression, qu'on retrouve identique, à tous les degrés de l'échelle sociale : « Docteur, quand couperons-nous çà ? » — « Débarrassez-moi, je vous en prie, cher docteur ; je suis obligé de partir... d'aller chez mes parents... je vais me marier. » — « Oh ! je paierais bien tout ce qu'il faudrait pour être guéri dans quinze jours. » — « Voyons, docteur, soyez gentil : je ne vous tourmenterais pas dans un autre moment ; mais à présent, je vous assure que je n'ai vraiment pas le temps d'être malade ! »

Ces insinuations ne sont que trop claires. Souvent, elles m'ont fait monter la rougeur au front ; et je comprends que certains confrères trouvent plus facile d'y céder que d'y résister. C'est, pourtant, dans ce dernier parti qu'est le devoir du médecin. Placé entre le soupçon d'ajourner les remèdes par cupidité et la certitude de nuire en les donnant trop tôt, il ne doit pas hésiter à adopter la temporisation. Mais j'ajoute que tout moyen est licite pour la faire accepter, et aussi prolongée qu'elle a besoin de l'être.

Or, ces moyens varient selon le caractère du client. Aux uns, il suffit de répéter avec fermeté la déclaration faite lors de la première visite : « Vous avez à couler cinq ou six semaines. »

A d'autres, il convient de dire, en premier lieu, que le

délai sera court; sauf à rejeter ensuite, sur quelque incident imprévu, la dérogation trop prévue à cette promesse.

Pour ceux qui semblent vous accuser de vouloir multiplier les visites, spécifiez bien que vous ne leur demandez de revenir qu'*une seule fois*, c'est-à-dire lorsque l'écoulement en sera arrivé à offrir les caractères que vous aurez soin d'indiquer exactement sur l'ordonnance.

Plus d'une fois, j'ai dompté d'autorité certaines rébellions : « Vous voulez que nous *coupions* dès aujourd'hui? disais-je à un client insistant plus que de raison. Eh bien ! tenez : voici — et je l'écrivais sous ses yeux — voici la formule du remède pour couper. Prenez-la, puisque c'est votre désir. » — Aussitôt la scène change, et l'impatient, j'allais presque dire l'impertinent de tout à l'heure, murmure, l'oreille basse : « Docteur, si je viens vous consulter, c'est que j'ai confiance en vous; je ne veux rien faire, que lorsque vous me l'ordonnerez. »

Pour tous, il importe de varier, de temps en temps, la médication, dût-on ne changer que le nom des remèdes, afin de leur laisser croire (comme ils le demandent sans cesse ou le désirent sans le demander) qu'on *fait quelque chose de nouveau pour les guérir plus vite.*

Après ces règles de conduite, que j'ai dû développer, dans l'intérêt mutuel des malades et du médecin, je passe à la thérapeutique proprement dite de l'*état irrépressible.*

Tant que la miction ne cause qu'une souffrance modérée et que les érections ne troublent pas le sommeil, la médication doit se borner à des prescriptions peu incommodes et peu coûteuses; car, plus elle sera simple et mieux on obtiendra qu'elle soit continuée durant le temps voulu. Voici l'ordonnance que je fais en pareil cas :

N° 1. — « Quatre ou cinq fois par jour, boire un verre d'eau, qu'on sucrera soit avec du sirop d'orgeat, soit avec une pincée de la poudre suivante :

Poudre de sucre.	āā 60 grammes.
— de gomme arabique. . .	
— de guimauve.	āā 4 »
— de nitrate de potasse. .	

Mêlez[1].

« Prendre, tous les trois jours environ, un bain.

« S'abstenir de bière, vin blanc, vermouth.

« User, avec modération, de vin pur, café, liqueurs, charcuterie, ragoûts épicés[2].

« Éviter de porter les doigts aux yeux, après avoir touché la verge.

« Plusieurs bains locaux, par jour, dans de l'eau froide.

« Porter un suspensoir, qu'on ne quittera qu'en se mettant au lit. »

Date et signature.

Cette ordonnance, faite pour la période inflammatoire, suffit parfaitement lorsque l'état aigu ne s'exaspère pas, c'est-à-dire dans la plupart des cas. Elle permet de continuer le genre de vie et les occupations ordinaires. Il est prudent, au début, d'avertir le client, que, malgré ce traitement sédatif, l'inflammation, parcourant sa marche naturelle, augmentera pendant quelque temps encore, pour s'apaiser ensuite.

Si les symptômes phlegmasiques deviennent plus accentués, sans cependant atteindre leur summum, l'ordonnance suivante répond à l'indication :

N° 2. — « Boire cinq ou six verres par jour de tisane de chiendent et racine de fraisier, sucrée avec le sirop de guimauve.

[1] Le malade, à son gré, choisit entre ces deux boissons délayantes, ou en alterne l'usage. Il pourrait les remplacer, selon sa convenance, par de la limonade, des bavaroises, une eau gazeuse de table, du *coco* (si bien nommé tisane de polisson) ou par de l'eau sucrée et même de l'eau pure.

[2] La bière a une action fâcheuse qu'on n'explique pas, mais qui n'en est pas moins réelle. Le vin, le café, l'eau-de-vie, pris avec modération, ne « *jouissent pas du même inconvénient*, » ainsi que l'écrit un auteur moderne.

« Tous les deux jours, avant de se mettre au lit, prendre un bain d'une heure et demie de durée[1].

« Prendre, deux ou trois fois par jour, un bain de la verge, dans de l'infusion de mauve tiède.

« En se couchant, mettre dans le dernier verre de tisane, une cuillerée à bouche de sirop de codéïne.

« Saupoudrer l'intérieur du suspensoir de poudre de camphre.

« Pas de courses trop longues, ni d'efforts répétés; ni surtout d'équitation, à moins qu'on ne soit habitué à cet exercice. »

Au summum d'intensité phlegmasique, le gland est rouge, tuméfié; l'urèthre dur, rigide, laisse sentir sur son trajet une série de granulations (follicules muqueux engorgés); le prépuce, gonflé, offre, surtout en bas, un œdème plus ou moins douloureux, parfois énorme ; l'écoulement est purulent, souvent mêlé de sang, très-abondant ; la souffrance extrême dans la miction, la marche, et notamment l'érection. L'insomnie qui résulte de cet état ajoute ses effets à ceux de la fièvre de réaction inflammatoire. A ce degré répond la prescription suivante :

N° 3. — « Appliquer huit sangsues au périnée[2].

» Garder le lit ou la chambre. En marchant, maintenir la verge élevée.

[1] Pour obtenir d'un bain le meilleur effet sédatif, il faut le prendre dans la soirée, et, pendant le dernier quart d'heure, laisser tant soit peu refroidir l'eau. On peut y uriner, mais il faut réprimer les envies d'uriner répétées à chaque instant, que la vue et le contact de l'eau font naître chez quelques personnes. En hiver, on se soustraira aux chances de rhume, qui résultent des bains multipliés, en ayant soin de frictionner vivement tout le corps avec les linges, avant de s'habiller.

[2] Il est très-rare que l'inflammation soit assez forte pour nécessiter une déplétion sanguine locale. Je n'y ai, quant à moi, pas eu recours plus de huit ou dix fois. Quand on s'y décide, il faut ordonner au minimum 8 sangsues, parfois 12 ou 15 chez les sujets sanguins, vigoureux. Il peut aussi arriver qu'on n'obtienne un effet sédatif qu'en renouvelant l'émission, à six ou huit jours d'intervalle. En tous cas, dans les conditions sociales où se trouvent la plupart des blennorrhagiens, je ne crois pas que le soulagement dû aux sangsues com-

« Boire deux ou trois litres de tisane de nymphœa ou de graine de lin, émulsionnée.

« Grands bains quotidiens, de deux ou trois heures de durée.

« Bains locaux multipliés dans l'infusion de mauve[1]. N'uriner que la verge étant *plongée* dans l'eau tiède.

« Eviter toute occasion, physique ou morale, d'érection.

« Tenir le ventre libre, en usant alternativement, un jour d'un verre d'eau avec 15 grammes de sulfate de soude, bu le matin à jeun ; et, le jour suivant, d'un lavement de décoction de son avec deux cuillerées de mélasse ou de miel. »

L'inflammation rend les érections plus fréquentes, et malheureusement elle rend aussi l'urèthre inextensible. Sollicité par l'érection à s'allonger autant que les corps caverneux, il résiste donc, formant alors comme la corde d'un arc que représentent ainsi ces corps (chaudepisse cordée) mais ne résiste pas sans subir un tiraillement très-douloureux.

Ces douleurs, qui coupent le sommeil et atteignent parfois une intensité intolérable, sont donc justiciables de deux ordres de médication à employer simultanément : l'une pour abattre l'inflammation (voyez ci-dessus), l'autre pour prévenir l'érection ou la faire cesser. Voici un spécimen de la prescription visant ce dernier but :

N° 4. — « Avant de se coucher, avaler quatre des pilules suivantes (une par une, de quart d'heure en quart d'heure) :

Camphre.	3 grammes.
Extrait thébaïque.	2 décigrammes.

Pour 24 pilules.

pense le dérangement et surtout l'effet compromettant qui résulte de leur application. — Sous ce dernier rapport, cependant, on avertira, au besoin, le malade que, avec quelques précautions, il peut parfaitement faire cette petite opération dans un établissement de bains, et rentrer ensuite chez lui (avec un tampon hémostatique improvisé par deux mouchoirs de poche) sans que la famille y ait rien vu.

[1] Pris tièdes, ils calment davantage; froids, ils exposent à la cystite.

« Si l'on s'éveille prendre dans un peu d'eau l'un des paquets :

Sucre. . . . . } āā 10 grammes.
Lupulin. . . . . }

Triturez ensemble et divisez en cinq paquets.

« Ne pas résister à l'envie d'uriner et chaque fois qu'on a à y satisfaire, sortir du lit.

« S'il y a tendance aux pollutions, boire, après chacune des quatre pilules, un demi-verre d'eau avec 5 décigrammes de bromure de potassium.

« Supprimer le deuxième matelas et l'édredon. Coucher sur le côté. Prendre un lavement d'eau froide, avant de se mettre au lit : le rendre presque immédiatement.

« En cas d'érection incoercible, tenir, pendant cinq minutes, sur l'endroit le plus douloureux de l'urèthre, une boulette de coton mouillée de chloroforme. »

On a aussi conseillé :

De boire, par intervalles, dans la soirée, une émulsion de graine de courge (de 120 grammes), additionnée de poudre de jusquiame 20 centigrammes.

De prendre et garder un quart de lavement avec 2 grammes de camphre et 8 ou 10 gouttes de laudanum de Sydenham, — ou un suppositoire avec 1 ou 2 décigrammes d'extrait de belladone.

De se tenir debout, les pieds nus sur le carreau, ou de prendre la posture du *salut à la mahométane* (sur les coudes et les genoux).

De céder à l'appel qu'adresse l'érection (compromis immoral, inefficace et nuisible).

De *casser la corde* (ceci met instantanément fin aux douleurs, mais expose à l'espèce la plus dangereuse des rétrécissements uréthraux).

De lier la verge et les bourses en masse avec une bandelette de diachylon, en se couchant.

En résumé, rien ne pouvant juguler l'inflammation, rien non plus ne peut détruire entièrement les érections, non plus que la douleur qu'elles occasionnent. C'est un mal qu'on atténue, mais que, faute de mieux, il faut savoir supporter; mal passager d'ailleurs, inoffensif en somme et qui, croissant et décroissant selon l'intensité de la phlegmasie, est pour le praticien le meilleur des *blennorrhagimètres*.

Le copahu et le cubèbe ont, contre la blennorrhagie uréthrale une action plus ou moins forte, mais constante. Mais comme cette action se perd par l'usage, il faut attendre, pour commencer à la mettre en œuvre, le moment où elle sera décisive, où elle pourra, non pallier[1], *mais guérir.*

Tout le traitement de la blennorrhagie est dans ce précepte, par conséquent dans une sage expectation. Mais l'insistance des clients en entrave le plus souvent l'exécution. Un spécifique existe... et ils le savent. Chaque ami ou voisin de table le leur conseille; chaque journal l'étale en caractères monstres; chaque pharmacien le vend et le vante. Pourquoi l'ajourner, disent-ils?

Aussi s'est-on mis en quête de médications qui, sans nuire plus tard à l'effet du copahu, puissent *mûrir* la blennorrhagie plus vite que les délayants aidés du temps. — Je divise ces remèdes en deux classes : les uns qui ont, en réalité, un certain pouvoir dans ce sens; les autres qui servent surtout à tromper l'impatience du malade.

Les adjuvants réellement utiles sont assez peu nombreux. Ce sont :

1° L'eau froide, soit en bains de rivière, (la meilleure et la plus agréable des formes); soit en douches, soit en affusions

[1] La vertu palliative du copahu et du cubèbe est utilisée dans des cas d'acuité exceptionnelle. On donne, pendant quelques jours, ces médicaments à petite dose; mais il faut les discontinuer dès que l'inflammation est devenue supportable.

quotidiennes sur l'hypogastre, le périnée, la verge, et les bourses; soit sur un linge, mouillé à nouveau toutes les heures, dont on tient enveloppés le pénis et les bourses ; soit en bains de la verge, courts et fréquents.

2° Les préparations de haschich. — J'en avais, en 1864, obtenu, dans deux cas — dans deux cas seulement — un effet maturatif prodigieux d'après cette formule :

Lupulin.	6 grammes.
Extrait aqueux de chanvre indien. .	6 décigrammes.

Pour *f. s. a.* 60 pilules.

A prendre 2 le matin, 2 à midi et 2 le soir.

Mais les nombreux insuccès qui suivirent ces réussites exceptionnelles m'avaient dissuadé de continuer, lorsque la formule suivante parut reprendre faveur :

Eau distillée.	200 grammes.
Teinture de haschich.	2 »
Acide benzoïque.	1 »

Mêlez.

A boire en trois ou quatre fois dans les 24 heures.

Ainsi qu'il en fut de la première préparation, celle-ci, le plus ordinairement restée impuissante, a produit de temps en temps (1 fois sur 6 ou 8) une amélioration rapide et permanente de l'état aigu. — Incapable d'expliquer ces variations par les conditions individuelles, ou la diversité des cas morbides, je les attribue plutôt à la difficulté d'avoir la substance naturelle et de trouver des préparations bien faites.

3° La bière. — La plus nuisible des boissons chez les blennorrhagiens, celle qu'il faut le plus soigneusement proscrire en pareil cas, elle a, au contraire[1] *deux fois*, sous mes yeux, *prise en excès*, non-seulement diminué l'acuité du mal, mais tari complétement le flux, guéri, en un mot, guéri complétement, sans accident, et en deux jours, une blennor-

[1] L'un de ces deux malades était un jeune docteur devenu depuis lors l'un de nos confrères les plus distingués.

rhagie très-aiguë.— Je ne recommande point, cependant, un pareil procédé; mais j'ai dû dire ce que j'ai vu et bien vu, quoique je m'avoue tout à fait hors d'état d'en rendre compte.

4° La diète. — J'en ai observé des effets frappants à la suite de la fête annuelle (jour du grand Pardon), où les Juifs sont tenus de ne boire ni manger quoi que ce soit, pendant vingt-quatre heures. Ce jeûne, rigidement observé par eux, sèche le flux uréthral, de même que l'abstinence de boissons supprime momentanément les crachats des catarrheux et des phthisiques. Mais, dès le lendemain, avec l'habitude reprise, la sécrétion reparaît. Sans nier l'influence d'un régime ténu, je le crois donc plus nuisible qu'utile, parce que, au jour où il faudra, tôt ou tard, y renoncer, sa cessation, à elle seule, devient une cause de rechute.

5° La transpiration forcée. — Deux sudations coup sur coup ont produit, exceptionnellement, il est vrai, un résultat très-satisfaisant. Ce moyen, en tout cas, est sans danger.

Après ces remèdes doués de quelque efficacité, je range, sans pitié, parmi les insignifiants :

L'eau de goudron, le sirop de bourgeons de sapin, les capsules d'essence de térébenthine, les pilules de Baume du Pérou (agents très-préconisés à cause de leur analogie avec le copahu) ; — le perchlorure de fer (de 3 à 6 gouttes, trois fois par jour, dans un verre d'eau ; — l'essence de santal jaune, les préparations de matico[1], d'iode, de brôme ; — le sirop d'ortie blanche (6 cuillerées à bouche par jour) ; — les purgatifs (sulfate de soude, 20 grammes, à jeun, tous les trois ou quatre jours) ; — l'acétate de potasse (à 1 ou 2 grammes par jour) ; — les injections d'eau froide (ou de solution de sulfate de zinc au 300me) très-souvent répétées (médication qui expose à une cystite) ; — le lactucarium ; — le seigle ergoté ; — les bains de vapeur et bains térébenthinés ; — les

[1] Celles du moins qui ne contiennent pas de copahu, lequel leur a été subrepticement, et très-judicieusement associé, par quelques pharmaciens.

astringents, à l'intérieur, tannin, ratanhia, acide nitrique dilué; — les bains sulfureux ou salins, ou alcalins; — les frictions sous le canal avec une pommade camphrée et belladonée; — l'application de poudre de camphre sur les bourses; — le tartre stibié, à dose altérante; — la cautérisation superficielle et réitérée de la région du filet, avec le crayon de nitrate d'argent! — le mélange de vin de colchique, 12 grammes, et teinture d'opium 0,6, à la dose de 21 à 30 gouttes, trois ou quatre fois par jour, par lequel M. Froinus affirme avoir guéri, en sept jours, 60 malades!! — l'application à demeure sur le gland d'un linge fréquemment imbibé d'une solution de sulfate de zinc au 100e, avec 1 centième de laudanum, qui, d'après M. Dubouchet, a guéri plus de 200 blennorrhagies, même aiguës!!! — les pilules d'aloès 0,1 et thridace 0,1, qui, au nombre de deux par jour, guérissent, d'après Sandras, les blennorrhagies *aiguës*, en *huit ou dix jours*, avec une efficacité *supérieure* à celle du copahu!!!! — le nitrate d'argent, à l'intérieur (M. Spadafora)!!!!!

Dans cet arsenal aussi pauvre qu'encombré, c'est au praticien de choisir ce qui lui semblera le mieux approprié au degré d'intensité de l'inflammation, à la constitution du sujet, à sa bourse et un peu aussi à son caractère. Qu'il utilise de préférence ceux de ces agents qui répondent à l'indication sédative. A moins de bons motifs, qu'il se garde de repousser un remède vers lequel le client paraîtrait incliner. S'il croit devoir changer de médication, uniquement *pour changer*, qu'il préfère celles qui ne font point de mal à celles qui promettent merveilles. Qu'il s'abstienne presque toujours d'injections, surtout des *infaillibles*. Qu'il agisse, en un mot, dans les limites de sa confiance et de sa prudence, vis à vis des adjuvants dont je viens de dérouler la liste; mais qu'il évite surtout de s'avancer inconsidérément, de trop faire espérer de leur emploi.

3° ÉTAT RÉPRESSIBLE.

Peu à peu l'inflammation uréthrale, qui était trop forte pour céder complétement à l'emploi de certains remèdes dits spécifiques (copahu, cubèbe, injections), a diminué et devient accessible à l'effet curatif de ces mêmes remèdes.

Mais quand ce changement a-t-il lieu? Et comment juger s'il est suffisant?... Grave problème dont la solution contient tout le secret du traitement de la blennorrhagie. En effet, donnez les spécifiques trop tôt..., ils échoueront contre un mal dont la force à ce moment est encore supérieure à la leur, et voici pour longtemps, en pure perte, usé par l'habitude leur pouvoir sur l'état morbide. — Donnez-les, au contraire, trop tard, quand l'écoulement est réduit à un suintement indolent... à cette période extrême, leur action est devenue nulle : en les ajournant outre mesure, vous vous êtes donc privé d'un utile secours.

Mais, en pratique, ce dernier défaut, l'excès de temporisation, est de beaucoup le moins commun. C'est donc contre l'impatience des malades, contre la sienne propre aussi que le médecin doit surtout être mis en garde. Il le sera par les règles suivantes :

Un écoulement ne doit pas être considéré comme mûr, par cela seul qu'il existe depuis le temps que la théorie, les préjugés ou les convenances du malade assignent comme durée ordinaire de l'état aigu, irrépressible. Chaque blennorrhagie, sous ce rapport, a ses allures à elle; et s'il est permis de compter, pour obtenir la matûration, sur une moyenne de cinq ou six semaines, elle est quelquefois plus courte et très-souvent plus longue à obtenir. Fréquemment ce temps va jusqu'à deux mois et demi et trois mois. Un de mes condisciples a vu sa blennorrhagie dont le traitement, fort régulier, était secondé par une bonne hygiène n'entrer en maturité qu'au bout de

onze mois! Il faut dire que, dès le cinquième, il parlait sérieusement de se suicider.

Ces exemples d'acuité exceptionnellement prolongée se présentent surtout chez les individus herpétiques ou rhumatisants. La temporisation est alors obligatoire. Vous ne gagneriez rien sur l'écoulement et vous vous exposeriez à provoquer des complications redoutables, en usant prématurément des anti-blennorrhagiques (copahu, injections). Et si, chez un sujet, les deux diathèses coexistent, s'il est à la fois atteint d'herpétisme et de rhumatisme, il n'y a absolument qu'à attendre, à prêcher la patience, à continuer la médication émolliente jusqu'à ce que d'elle-même l'inflammation ait progressivement diminué; ce qui, en pareil cas, demande une moyenne de trois ou quatre mois.

Le cours de la blennorrhagie ouvre, entre le malade et le médecin, une lutte de ruses, ruses de sa part extrêmement préjudiciables à ses intérêts, qu'il faut par conséquent connaître pour les déjouer par une diplomatie supérieure.

Il n'est pas de client en effet qui, à chaque visite, ne cherche à vous influencer, à vous persuader que sa chaudepisse est mûre. Tenez donc pour suspect tout renseignement venant de lui. A l'en croire, il ne souffre plus; il coule à peine!... Ne contestez pas, mais vérifiez par vous-mêmes; voyez si le méat n'est pas rouge; si la pression sur ce canal, qu'on vous affirme être sec, n'amène pas une goutte d'urine, indice d'une miction récemment exécutée pour vous induire en erreur; si la chemise, qu'on vous montre exempte de taches, ne démontre pas, par l'excès de sa propreté, que le malade a porté interposé entre elle et la verge, un linge, qu'il se gardera bien d'exhiber[1]?

D'autres, réellement illusionnés, prennent pour améliora-

[1] Il y aurait une monographie, avec planches, à écrire sur les *taches* du linge, dans la blennorrhagie. Qu'on sache seulement qu'elles traduisent fidèlement, mais *en l'exagérant*, le caractère de l'écoulement. Ainsi, la goutte opaline

tion suffisante, l'une des améliorations suivies d'exacerbations, série d'alternatives qui constituent le procédé normal, régulier de décroissance du mal.

Un client, qui n'en est qu'au quinzième jour d'une blennorrhagie aiguë, se présente, coulant à peine !... C'est qu'il a pris récemment, ou prend encore quelques injections astringentes qui suspendent la sécrétion. Mais l'aspect du méat rouge et gonflé éclaire le praticien et le met en garde contre cet amendement artificiellement obtenu, et qui va cesser avec la cause qui l'entretient.

Quelquefois, l'écoulement et l'inflammation ont, à notre grande surprise, beaucoup diminué, presque cessé, avant le terme que l'évolution du mal vous avait fait prévoir !... Cherchez si, au lieu d'être une maturation naturelle, cet effet ne résulte pas d'une épididymite, ou cystite ou bronchite, etc., qui a attiré sur un autre organe la phlegmasie uréthrale déplacée, mais non diminuée. Dans ce cas, l'emploi du copahu ou des injections, dangereux peut-être, serait à coup sûr inefficace.

A quels signes reconnaît-on qu'une blennorrhagie est mûre?

Elle est mûre quand il n'existe plus ou presque plus de douleur lors de la miction et de l'érection ; quand le méat n'est plus rouge ni tuméfié ; quand l'écoulement a beaucoup diminué, et que, après avoir été jaune ou vert, il est devenu blanc, et un peu *filant*.

Cette dernière propriété est caractéristique, et comme elle ne peut se manifester sans que les autres signes de la maturation existent, elle résume, à elle seule, tous ces signes au

dénote, on le sait, un état moins aigu que la blanche, la blanche moins que la jaune, la jaune moins que la verte. Eh bien ! il faut qu'on sache que la goutte incolore déposée sur du linge y produit une place comme empesée; la goutte opaline une tache grisâtre; la goutte blanche une tache jaune; la goutte jaune une tache verte. Il y a donc toujours à rabattre de moitié sur le témoignage de la tache.

point de vue du diagnostic; si bien qu'on est autorisé à déclarer *mûre* toute blennorrhagie dont la matière, ayant été recueillie assez longtemps après l'érection et prise entre deux doigts, *file à un centimètre de longueur quand on écarte ces doigts.*

Malgré ces données si précises, déterminer si la blennorrhagie est réellement mûre reste toujours une chose difficile, aussi difficile qu'importante. Elle exige de l'habitude, du tact; et, quant à moi, pour formuler un avis sur ce point, je ne m'en rapporte jamais qu'à l'examen direct de l'écoulement; et souvent même je demande à avoir vu plusieurs fois le client, à avoir pu suivre le cours de sa maladie, avant de me prononcer.

Mais enfin cette maturité est constatée; on s'est assuré qu'elle n'est l'effet ni d'une médication, ni d'une métastase, qu'elle persiste depuis trois ou quatre jours. Faut-il *couper?* Non encore, pas avant d'être certain que le dernier coït — qui pourrait avoir contagionné à nouveau — remonte à plus de cinq ou six jours ; et pas, non plus, avant de s'être informé si le malade n'aura point, pendant les trois semaines qui vont suivre, des occasions obligatoires d'*excès* (voyages, boissons, travail de nuit), capables d'entraver le traitement qu'on va commencer, ou d'en compromettre le résultat.

Ces sûretés prises, on peut, comme il se dit, *aller de l'avant.* Dans ces conditions, voici l'ordonnance que je délivre :

N° 5. — « Trois fois par jour, une heure au moins avant le repas, prendre, dans de l'hostie mouillée, gros comme une noisette du mélange suivant :

Baume de copahu.	40 grammes.
Essence de menthe..	qq. gouttes.
Poudre de cubèbe.	q. s.

Pour *f: s. a.* un opiat.

« Continuer pendant douze jours.

« Durant ce temps s'abstenir de bains, de tisanes et de bois-

sons rafraîchissantes. Boire aussi peu que possible, aux repas, et rien dans l'intervalle[1]. »

Commencé dans les conditions précitées, exécuté avec une drogue bien pure[2], soutenu par la diète sèche, continué pendant le temps voulu, ce traitement a, surtout s'il s'agit d'une première blennorrhagie, un effet excellent. Dès le lendemain, l'écoulement a sensiblement diminué : au septième jour environ, il est tari, et les doses ultérieures n'ont plus d'autre but (but essentiel, d'ailleurs) que de consolider la guérison obtenue. Il ne reste alors qu'à interdire, pendant encore une semaine, les bains, la bière, le coït[3], après quoi la santé locale est rétablie dans son état primitif.

Mais, dans la majorité des cas, il faut l'avouer et il importe qu'on le sache, comme plusieurs des conditions propices au

[1] Explication à donner de vive voix pour l'ingestion de l'opiat, en remettant cette ordonnance :

« Cassez un morceau d'hostie, de cinq centimètres carrés ; trempez-le dans un verre d'eau, et placez-le sur la paume de la main. Alors, avec un couteau, détachez la quantité indiquée d'opiat, et laissez la tomber au milieu de l'hostie. Puis, relevez les quatre coins de l'hostie, de manière à ce que, en se collant l'un sur l'autre, ils enveloppent la boulette d'opiat.

« Le paquet étant ainsi fait, mettez-le sur la langue ; remplissez la bouche avec de l'eau ; et alors, pour le faire passer facilement, exécutez à la fois ces trois mouvements : 1° serrer les mâchoires ; 2° renverser brusquement la tête en arrière ; 3° avaler.

« Pendant le quart d'heure qui suit l'ingestion du remède, il y a des renvois. Pour n'en sentir ni l'odeur, ni le goût (ce qui vous causerait une répugnance, capable d'empêcher la continuation du remède), il suffit, lorsque vous les sentez remonter, de vous pincer le nez. En même temps si, à ce moment, vous causez avec quelqu'un, ayez soin de vous détourner, et cela par prudence encore plus que par politesse. »

Je préfère l'opiat aux capsules, dragées, etc., que le commerce nous livre par milliers de boîtes et par centaines de variétés. Au moins, avec les préparations officinales, si l'on rencontre un pharmacien consciencieux, court-on la chance d'avoir le médicament en qualité et quantité convenables. D'autre part, faite selon les règles que j'ai détaillées, l'ingestion de l'opiat est réellement plus facile que celle de corps moins volumineux, mais durs et incapables de se mouler sur le calibre des organes de la déglutition.

[2] L'odeur de copahu, qu'offrent les urines, prouve que le médicament était de bonne qualité, et qu'il a exercé sur la sécrétion rénale l'influence d'où dépend son efficacité thérapeutique.

[3] Toute imprudence doit être sévèrement proscrite à cette période. Pendant qu'on *coulait*, elle ne fesait que retarder la guérison : elle la compromettrait main-

succès sont omises ou incomplétement remplies, tout ne marche point aussi franchement vers une heureuse terminaison.

Il est donc prudent d'observer comment les choses se passent afin d'employer à temps, si elle devient nécessaire, une nouvelle ressource. Aussi toutes mes ordonnances *pour couper* se terminent-elles par la recommandation suivante :

N° 6. — « Au bout de six jours :

« Si l'écoulement a disparu, continuer le remède encore sept jours.

« Si l'écoulement n'a pas cessé, revenir immédiatement, sans discontinuer le remède jusqu'à ce qu'on revienne (pléonasme non-seulement licite mais nécessaire, vu l'incurie de ceux à qui il s'adresse). »

Cette *visite du sixième jour* est décisive. D'abord, elle me permet de voir si l'opiat est bien toléré[1]. Puis on y juge de ce que peut le remède d'après l'essai fait jusque-là, essai qui, d'ailleurs, a duré trop peu pour que l'accoutumance de l'organisme, si nuisible aux essais à tenter ultérieurement, ait eu le temps de se produire. Mais entrons dans les détails et voyons quelle doit être la conduite du médecin, selon ce qu'il trouve lors de cette visite :

L'écoulement n'a-t-il diminué que de moitié ?.. En général le client est content, lui, et insiste pour continuer l'opiat. Ne cédons pas : cet effet incomplet du remède prouve son impuissance actuelle à guérir. Au lieu de persister dans une voie sans issue, et non sans inconvénient, suspendons le spécifique, sauf à le reprendre plus tard, dans des conditions plus favorables, après un nouvel emploi, dûment prolongé, de la médication antiphlogistique.

tenant en annihilant l'effet d'un remède dont on ne peut espérer deux fois de suite le même résultat favorable.

[1] On peut y incorporer 10 centigrammes de chlorhydrate de morphine, ou 6 grammes de sous-nitrate de bismuth, ou 2 grammes de sous-carbonate de fer, suivant qu'il résulte de son usage des vomissements, de la diarrhée ou de la gastralgie.

L'écoulement a-t-il diminué au moins des trois quarts ?.. Il faut ici distinguer :

Si, malgré cette diminution, la goutte a conservé sa couleur jaune, si les taches sur le linge ont un contour net, sans auréole, sans ombre à leur circonférence, si surtout les bords du méat sont brillants, comme vernissés, si enfin la petite douleur ou les picotements uréthraux qui existaient encore avant de commencer l'opiat, subsistent, méfiez-vous. En ce cas, il vaut mieux renoncer pour le moment à l'espoir de *couper* que de risquer de voir le mal, après 12 ou 15 jours de médication spécifique, reparaître et plus indomptable qu'auparavant.

Par contre, dans les conditions opposées, si, au sixième jour, la blennorrhagie, quoique n'ayant que diminué, est indolente et ne produit qu'une sécrétion de plus en plus muqueuse, alors il faut insister sur la médication qui a donné ce bon résultat ; et pour cela l'on peut :

1° Ou, pendant 4 ou 5 jours, forcer les doses de la même préparation qui a déjà prouvé son efficacité ;

2° Ou la remplacer par une préparation plus énergique[1] en substituant à l'opiat la potion de Chopart[2] à la dose d'une cuillerée à bouche matin et soir. Ce recours à un purgatif spécial énergique produit d'excellents effets, mais n'est pos-

[1] Cette progression de force du remède doit quelquefois être réalisée d'une autre façon, c'est-à-dire en ayant eu soin de commencer par un médicament moins actif que l'opiat. Si, par exemple, je suis contraint, par les instances du client, à essayer de *couper* avant maturité indubitable, je *tâte*, en donnant d'abord le cubèbe (3 grammes de cubèbe *pulvérisé récemment*, matin et soir, dans un verre d'eau sucrée). Et, au sixième jour, si le résultat m'encourage, je continue par l'opiat. Si, au contraire, le cubèbe a échoué, je le cesse ; je reviens aux délayants, ayant ainsi l'avantage de garder intacte, pour plus tard, l'action thérapeutique souveraine de l'opiat.

[2] Médicament qui jouit d'un renom mérité, mais d'une saveur abominable. On en atténue le goût en se gargarisant, après l'ingestion, avec un peu de cognac, dont on avale quelques gouttes. Un *ancien maire de Lyon* usait d'un meilleur procédé :

« Je commence, me communiquait-il officieusement, par mâcher et avaler du sucre noir de réglisse. Ma bouche et mon gosier étant ainsi tapissés d'un enduit imperméable, je me pince le nez : j'avale mon chopart, je remâche et avale du réglisse ; puis, je me lâche le nez et je n'ai rien senti. »

sible que chez les sujets robustes et ne doit, en général, être continué que cinq ou six jours, pour revenir ensuite à des agents plus tolérables ;

3° Ou, tout en continuant l'opiat pendant encore 6 ou 8 jours, lui associer l'emploi de l'une des injections astringentes ou cathérétiques dont il sera question plus loin, et que l'on devra continuer 10 ou 12 jours sans aucune interruption, surtout chez les jeunes gens que, malgré leurs protestations de sagesse, on voit alors un peu trop pressés d'aller réparer le temps perdu. J'ai l'habitude de prescrire, dans ce cas, une faible injection au nitrate d'argent, injection dont l'effet passagèrement irritant met l'organe hors d'état de fonctionner pendant les quelques jours d'abstinence qui sont encore nécessaires. En principe, il ne faut permettre le coït que lorsque le canal est resté entièrement sec pendant 7 ou 8 jours, comptés à partir de la cessation de tout remède.

C'est au praticien à se décider pour l'un ou l'autre ou l'un et l'autre de ces trois partis, d'après une appréciation qui est trop délicate pour être ici mise en préceptes, appréciation dont son expérience et l'étude attentive des circonstances particulières à chaque cas peuvent seules lui fournir les éléments.

Telle est la terminaison et telle est l'histoire des blennorrhagies auxquelles on a, de bonne heure, appliqué un traitement méthodique. Mais ce n'est point là le cas ordinaire. Pour dix malades qui consultent dès le début, écoutez l'invariable récit que nous font quatre-vingt-dix autres : « Trois jours après avoir vu une femme, j'ai aperçu une goutte. J'ai cru que *ce n'était rien*. Cependant, comme cela continuait, j'ai été trouver un pharmacien qui m'a dit *que ce n'était rien*, et qui m'a ordonné des dépuratifs et des injections qui ont coupé l'écoulement. Alors, je les ai cessés. L'écoulement est revenu ; le pharmacien m'a donné des capsules qui ont encore coupé,

mais ça est revenu ; alors j'ai été voir un autre pharmacien qui m'a donné de l'opiat avec des injections plus fortes, etc., etc. »

Quand un malade vous consulte, ayant ainsi perdu deux ou trois mois à se droguer sans résultat, il faut absolument le mettre aux délayants, et si alors l'écoulement, jusque-là maté et non vaincu, reparait avec quelque acuité, il faut continuer les délayants jusqu'à maturité tout à fait complète ; délai qui d'ailleurs est nécessaire à un autre point de vue non moins important, c'est-à-dire pour préparer l'organisme à mieux subir l'effet des spécifiques, dont il aura ainsi eu le temps de se déshabituer.

Peut-on, quelquefois, enfreindre le précepte de temporisation, sur lequel je fonde le traitement de la blennorrhagie? Peut-on couper une blennorrhagie pendant qu'elle est à l'état d'acuité?... Il existe — et j'ai cité — des exemples où le succès a couronné de pareilles tentatives ; mais ces cas sont extrêmement rares : presque toujours une récidive plus opiniâtre que la maladie elle-même succède à ces réussites apparentes. En généralisant la pratique qui ne les réalise qu'exceptionnellement[1] on sacrifierait donc les intérêts de la plupart des malades[2].

[1] C'est en s'obstinant à lutter, par de fortes doses de spécifiques, contre les blennorrhagies aiguës que l'on s'expose à provoquer les éruptions accidentelles, résultant de la non-tolérance du médicament : je veux parler de la roséole copahique qui envahit les bras, la poitrine, surtout les poignets, sous forme de taches participant à la fois de la rougeur de l'exanthème et de la proéminence, ainsi que de la pruriginosité de l'urticaire. Cette éruption qui, quoique sans réaction générale bien sensible, effraye beaucoup les malades, s'efface spontanément en trois ou quatre jours, à la condition qu'on ait immédiatement discontinué le copahu. — Du reste, elle n'oblige point à le cesser; car d'abord elle ne cause aucun accident sérieux, et, d'autre part, elle disparait au terme ordinaire, alors même que l'on continuerait le remède. Un marinier qui prenait, à l'Antiquaille, la potion de Chopart pour une blennorrhagie eut, le 11 mars 1850, une roséole confluente. M. Rodet, voyant là un beau sujet clinique pour le concours du majorat de l'Antiquaille, ouvert ce jour-là même, voulut maintenir l'éruption en continuant la potion. Néanmoins l'éruption, suivant son évolution habituelle, alla en déclinant, si bien que, le 15, jour de l'épreuve clinique, elle était presque complétement effacée. Cinq jours après, la blennorrhagie était guérie.

[2] Jadis les médecins se divisaient en deux camps, affirmant, les uns, qu'il faut laisser mûrir la chaudepisse avant de la *couper ;* les autres, qu'on peut la

Je ne vois, au traitement jugulant de la blennorrhagie aiguë, qu'une seule indication ; et encore à peine osé-je la dire rationnelle. En présence d'un malade qui, malgré vous et quoique bien averti du danger, veut absolument *fonctionner*, pour obéir à certaines convenances sociales (un mariage irrévocablement fixé, un retour dans le ménage), si, en vue de prévenir un mal pire, on croit devoir céder à ses instances, on peut lui promettre de le rendre *disponible* pour un jour, mais — il importe de le lui répéter — pour un jour seulement. L'ordonnance suivante vise ce but :

N° 7. — « Pendant les trois jours qui précèdent le *moment d'agir*, prendre, matin et soir, une forte dose du mélange suivant :

Beaume de copahu.	30 grammes.
Gomme gutte	2 décigrammes.
Poudre de jalap.	3 grammes.
Essence de bergamotte..	quelques gouttes.
Poudre de cubèbe..	q. s.

Pour un opiat.

« Abstinence complète de boisson, hors des repas. Aux repas, ne boire que la quantité d'eau et de vin strictement nécessaire pour se désaltérer.

« Vingt-quatre heures avant le *moment*, faire une injection avec :

Eau distillée..	30 grammes
Nitrate d'argent.	5 centigrammes,

couper d'emblée. Mais cet espoir n'est-qu'une illusion : c'est un de mes titres auquel je tiens le plus, que d'avoir, sur ce point, désabusé par mon enseignement une bonne partie de la nouvelle génération médicale. — Quelques années après ma sortie de l'Antiquaille, j'entendais un jour l'un de mes successeurs y soutenir un avis opposé. « Choisissez un malade, lui dis-je, et essayons. » Nous prîmes un blennorrhagien récemment entré : au vingtième jour de sa maladie, il en était encore à la période d'acuité, modérée mais réelle. Un interne, aujourd'hui illustre, dépassant, comme c'est l'usage, l'opinion du maître, s'intéressa au défi et dirigea en conséquence lui-même l'administration du copahu et des injections. Au bout de douze jours, on me montra, en effet, le malade *guéri*, et il sortit, sous cette qualification, de l'hôpital,... mais pour venir, huit jours après, dans mon cabinet avec son écoulement qui avait reparu spontanément, trois jours après la cessation des remèdes, et aussi abondant qu'avant de les avoir commencés.

« Ne la garder dans le canal que pendant deux minutes.

« Uriner *avant* l'acte. Et quant à l'acte lui-même, *non bis in eadem nocte.* »

4° ÉTAT STATIONNAIRE.

Une blennorrhagie non traitée ou mal traitée ne se termine que très-rarement par résolution. Peu à peu, elle passe à un état dont les caractères sont : qu'elle est plus ou moins indolente ; ne donne lieu qu'à une sécrétion très-faible comparativement à celle de l'état aigu ; n'est presque plus sensible à l'action curative du copahu et du cubèbe ; enfin, n'a aucune tendance à cesser spontanément[1].

Mais cet état, bien connu, trop connu sous le nom de *blennorrhée*, *suintement*, *goutte militaire*, n'est rien moins qu'une individualité morbide. Il serait aussi contraire à l'observation que nuisible à la pratique de la décrire en bloc, comme une affection toujours identique à elle-même ; car, naturellement, il doit offrir une foule de variétés en rapport avec la période où on l'observe, en rapport aussi avec les antécédents, les tendances physiologiques et les prédispositions constitutionnelles du malade. En fait, des quatre caractères que j'ai assignés ci-dessus à la blennorrhée, l'un ou l'autre peuvent manquer, manquent chez quelques malades ; et ceux qui existent se combinent de telle manière, offrent de telles différences d'intensité, et ces différences dictent si impérieusement au médecin la conduite à tenir que, de toute nécessité comme de toute évidence, il y a lieu, ici, de distinguer largement et profondément ; car, parmi les clients, la tendance opposée, la propension à généraliser et à confondre est aussi enracinée qu'elle est répandue. Ainsi :

[1] Cette propension à persister à un degré atténué n'est pas exclusivement propre à la blennorrhagie. D'autres maladies en offrent l'exemple ; telles que l'intoxication paludéenne, certaines ophthalmies, l'ovarite, la phlegmosia *alba dolens*, un grand nombre d'engorgements ganglionnaires, d'angines, de catarrhes bronchiques, etc.

A. Au troisième ou quatrième mois de sa blennorrhagie, un homme reste avec un écoulement n'apparaissant, sous forme de gouttelette blanche ou jaune, que *s'il est resté trois ou quatre heures sans uriner;* il éprouve *un peu de sensibilité* durant la miction et l'érection ; le méat n'est que *très-peu rouge.* Mais, un voyage, deux nuits sans sommeil, quelques excès de table, la bière, le coït causent une *légère et passagère augmentation de douleur et d'écoulement* (lequel de mucoso-purulent qu'il était, redevient alors purulent) ; et si, au moment de cette exacerbation, il voit une femme, il *peut lui transmettre une blennorrhagie.* — Cet homme dira qu'il a une *blennorrhée*, une *goutte*, un *suintement;* et son médecin ne le démentira pas.

B. Chez un second sujet, la sécrétion ne se rassemble en quantité perceptible qu'après un long *repos* et un long intervalle à partir de la dernière miction (c'est-à-dire elle n'apparaît *que le matin*) ; elle est d'un blanc laiteux, ou d'un blanc opalin, *jamais jaune ;* parfois elle ne fait que coller les lèvres du méat, ou ne se remarque que sous forme de filaments blancs en suspension dans les premières gouttes d'urine ; aucune tuméfaction ne l'accompagne, non plus qu'aucune douleur, à part quelques légers *frémissements* ou *chatouillements*, *naissant spontanément et ayant la durée d'un éclair;* les écarts de régime, le coït, même répété, *n'exercent pas une influence bien appréciable* sur l'acuité des symptômes qui accompagnent cet état. — Pour le malade, comme pour le médecin, c'est encore là une *blennorrhée*, une *goutte*, un *suintement.*

C. Passons au troisième. Chez celui-ci, vous avez beau, même le matin, même après 8 ou 10 heures passées sans uriner, presser l'urèthre de par delà le bulbe jusqu'au méat, jamais vous n'amènerez ni pus, ni muco-pus, mais seulement une gouttelette d'un liquide *transparent qui file entre les doigts à 4 ou 5 centimètres.* — Quoiqu'il n'ait plus, et parfois

quoiqu'il n'ait jamais eu ni douleur, ni inflammation à aucun degré ni d'aucune sorte, celui-ci encore se dira — et je ne jurerais point qu'il ne trouve un médecin prêt à lui donner raison — se dira affecté de *blennorrhée*, de *goutte*, de *suintement*.

Cette confusion est aussi préjudiciable qu'irrationnelle. C'est en son nom que l'on administre sans motifs, sans choix, au hasard, les mêmes remèdes contre trois états qui n'ont, cliniquement, d'autre caractère commun que d'avoir succédé à la blennorrhagie. Et c'est, sur les mécomptes trop aisés à prévoir d'une pareille thérapeutique que s'est fondé le préjugé de l'incurabilité du suintement uréthral !

Quant à moi, quand je constate le groupe de symptômes A, je dis qu'il y a *blennorrhagie chronique*. Je réserve au groupe B le nom de *blennorrhée*. Enfin, j'appelle *suintement muqueux* le groupe C.

Bien discerner auquel de ces trois états on a affaire n'est certes pas chose toujours facile ; mais pour le praticien c'est la première condition à remplir, car c'est la condition *sine quâ non* du succès. Qu'il interroge donc soigneusement, et surtout qu'il examine directement. Le traitement *par correspondance* de la blennorrhée est une utopie.

Mais, ici, voir le malade ne suffit point : il faut tenir le corps du délit, c'est à dire le produit de la sécrétion morbide : Il faut *voir la goutte*. Ce n'est qu'après l'avoir examinée, après avoir jugé de son abondance, de sa couleur, de sa consistance qu'on peut apprécier sa curabilité, ses dangers ou son innocuité ; dire si, oui ou non, telle qu'elle est, le mal dont elle est l'indice met obstacle à un mariage ; poser enfin l'indication rationnelle d'un traitement efficace.

Eh bien ! les clients ne se doutent point, mais point du tout, de cette nécessité. Quand ils vous ont dit qu'ils *ont une goutte tous les matins*, quand ils ont ajouté, comme pour vous faire faute de droit, que cette goutte est *blanche*, ils ne comprennent

pas que vous souhaitiez quelque chose de plus et que vous différiez de prescrire jusqu'à ce qu'ils vous aient mis à même de voir. Demandez-leur seulement ce qu'ils entendent par goutte *blanche*, si c'est de blanc comme du lait, ou blanc comme du blanc d'œuf, qu'ils veulent parler?... Et leur ébahissement vous prouvera que, pour la plupart du moins, ils sont hors d'état de vous éclairer même sur ce détail si simple et si essentiel.

Après une exploration soigneuse et *directe* — répétée au besoin — qu'on éclaire, s'il est possible, en observant si certaines causes excitantes produisent ou ne produisent pas de changement dans les symptômes, et, dans le premier cas, quel est ce changement, si, par exemple, l'exacerbation résultant du coït est passagère ou durable[1], le médecin a de quoi s'édifier sur la nature du mal. Et s'il ne peut pas toujours classer franchement le cas dans l'une des trois catégories que je viens d'établir, il sait au moins de laquelle il se rapproche le plus, s'il appartient à la *blennorrhagie chronique*, à la *blennorrhée proprement dite* ou au *suintement muqueux*. — Examinons maintenant les moyens de traitement qui sont plus spécialement en rapport avec chacune de ces catégories.

[1] Il arrive souvent qu'un malade, affecté de *goutte*, se présente *quatre ou cinq jours après un coït*, offrant alors une exaspération de l'état uréthral. Est-elle une simple irritation, effet du fonctionnement des organes? Y a-t-il eu, au contraire, une contagion nouvelle?... Problème important, parce que la conduite à suivre est toute différente dans l'un et l'autre cas; mais problème difficile, parce que, justement au cinquième jour, une blennorrhagie nouvelle n'a pas encore acquis le degré d'intensité qui empêche de la confondre avec une blennorrhée surexcitée.

Le client, bien entendu, incline vers la première solution et affirme que la femme qu'il a vue n'a *pas pu lui donner de mal*. Quant au médecin, il n'a, pour démêler ce qu'il en est, qu'à adresser une question, à demander si l'exaspération observée a commencé dès le lendemain du coït ou seulement deux ou trois jours après. Dans le premier cas, il n'y a pas eu incubation, donc ce n'est qu'une simple surexcitation; dans le deuxième, il y a eu incubation et, par conséquent, il s'agit d'une nouvelle blennorrhagie contractée.

A. — Blennorrhagie chronique.

Son caractère clinique est *de pouvoir, sous l'influence des causes excitantes, repasser momentanément à l'état subaigu.*

Chez la plupart des malades appartenant à cette classe, il subsiste encore un peu d'acuité. Et ce *reste d'acuité*, il importe d'en bien préciser le degré, car, selon les cas, c'est ou une ressource ou un obstacle ; on peut l'utiliser ou il faut le combattre. Je m'explique :

Le copahu, on le sait, n'a plus d'action contre un écoulement tout à fait indolent[1], mais il en a encore contre celui qui garde quelque purulence. Par conséquent, si, au moment où le blennorrhagien chronique se présente à vous, il n'a pas pris de copahu depuis un certain temps, depuis six semaines au moins, vous pouvez compter, chez lui, sur l'efficacité de ce remède. Mais il convient alors de le donner à doses faibles et soutenues, de manière à *user* la maladie ; et il convient aussi de l'associer à une injection astringente. Ainsi je formule dans cette intention.

N° 8. — « Prendre, trois fois par jour, 4 des pilules suivantes :

Baume de copahu . . . . . 12 grammes.
Pour *f. s. a.* avec magnésie q. s. des pilules de 2 décigrammes.

« Les continuer pendant quinze jours ; puis pendant 8 jours encore, en prendre 3 le matin et 3 le soir.

« En même temps faire trois injections par jour avec[2] :

Eau distillée.	250	grammes.
Sulfate de zinc.	1	»
Acétate de plomb.	2	»
Laudanum de Sydenham. . . . . }	ãã 3	»
Teinture de cachou. . . . . }		

[1] Baumès a donné, pendant 6 jours, 64 capsules de copahu, par jour, à un homme de 22 ans, affecté de suintement, sans que l'écoulement ait été modifié en rien par cette dose exceptionnelle.

[2] C'est la formule justement populaire de Ricord ; c'est la meilleure des injec-

« Lotions froides sur le périnée, les bourses et le bas-ventre, matin et soir. »

Au lieu de persister aussi longtemps dans l'emploi d'une préparation unique, on se trouvera bien, chez les sujets qui ont déjà été saturés de copahu durant la période aiguë, de demander le succès à la variété du remède. Je m'y prends alors ainsi :

N° 9. — « Boire, le matin, une cuillerée *à café* de :

Potion de Chopart.

« Au milieu du jour, avaler quatre des pilules ci-dessus. (Voy. n° 8).

« En se couchant, boire un verre d'eau sucrée, où l'on aura délayé 2 grammes de poivre cubèbe récemment pulvérisé.

« Le reste, *ut supra.* »

Le *lavement de copahu*, remède fort peu efficace d'ailleurs, peut aussi répondre à cette indication de médication atténuée dont il est un digne auxiliaire. J'en dirai autant des *capsules* de copahu, introduites tous les soirs, au nombre de 3 ou 4, dans le fondement.

Mais il peut se rencontrer, je l'ai dit plus haut, des conditions tout opposées : le malade se présente avec un reste d'acuité, il est vrai ; mais cette acuité n'est pas portée au degré où le copahu a de l'influence sur elle ; ou bien le mal vient justement de résister à l'emploi du copahu tenté selon les règles précédentes. Que faire ?

Pour dompter cette inflammation insignifiante mais tenace, les boissons délayantes, les bains, le régime ont quelque pouvoir sans doute. Mais, à cette période, il y a surtout à compter sur les révulsifs ; et les plus rapprochés de la région malade sont les meilleurs. J'ai depuis longtemps renoncé aux

tions astringentes ; elle remplace avec avantage les produits variés de l'imagination, si fertile cependant, de tous les inventeurs qui, au nom de leur composé spécial, promettent la guérison en trois ou quatre jours, ou même *instantanée*, pour peu que vous le désiriez.

exutoires sur les cuisses ou les lombes, pour m'en tenir aux rubéfiants ou vésicants appliqués sur l'urèthre même. Souvent, je fais pratiquer là (principalement au niveau du bulbe et de la fosse naviculaire, siéges où le plus ordinairement l'inflammation se cantonne), une friction, tous les matins, avec la teinture d'iode, en recommandant de cesser ces frictions dès qu'elles ont un peu irrité la peau, pour les recommencer ensuite. On peut aussi faire une application de chloroforme sur les follicules engorgés qui quelquefois se dessinent, qu'on sent dans l'épaisseur de la paroi uréthrale.

Mais le plus efficace de ces topiques, celui qui parfois guérit et toujours prépare la guérison est celui que j'ordonne en ces termes :

N° 9. — « Appliquez sous la verge un vésicatoire de 7 centimètres de longueur, sur 2 de largeur. Fixez-le avec une bande ; et ôtez-le au bout de cinq heures environ.

« Après l'avoir ôté, percez les ampoules, enlevez avec de l'huile d'olive les parcelles adhérentes ; puis pansez avec un linge enduit de cérat.

« Ce pansement devra être continué, deux fois par jour, jusqu'à guérison de la plaie. »

Cette guérison a lieu en 8 jours, au maximum ; mais dès le deuxième, le malade peut marcher sans gene et reprendre ses occupations ordinaires. Le vésicatoire sous-uréthral a un avantage indirect mais précieux : c'est, chez quelques malades, le seul moyen d'obtenir une continence réelle. — Dans certains cas, les mêmes injections, qui jusque là avaient été impuissantes, réussissent quand on les recommence après le vésicatoire.

Les diverses médications précédentes peuvent guérir la blennorrhagie chronique ; mais, dans d'autres cas, elles ne réussissent, en la dépouillant de tout élément, de toute tendance phlegmasique, qu'à la faire passer à l'état de *blennorrhée*.

B. — Blennorrhée proprement dite.

Son caractère clinique est *de pouvoir, sous l'influence des causes excitantes, repasser momentanément à l'état contagieux.*

Interminable et désolante incommodité, désolante, d'ailleurs, pour le médecin non moins que pour le malade, elle a justement inspiré le mot de Ricord à ses auditeurs : « Si je dois aller en enfer, Messieurs, je sais le supplice qui m'attend : c'est de me voir entouré de blennorrhéens m'obsédant de leurs lamentations, de leurs instances, de leur geste significatif, pour obtenir guérison. »

Il est à peine un blennorrhéen qui, dès la porte, ne vous dise : « Monsieur, je viens vous consulter pour une vieille goutte ; mais je vous préviens que j'ai déjà fait tout ce qu'on peut faire. » N'acceptez cette déclaration que sous bénéfice d'inventaire ; et avant de chercher autre chose, assurez-vous si *tout ce qu'on peut faire* a été bien fait, c'est-à-dire :

Si les remèdes ont été exécutés exactement et pendant un temps suffisant ;

S'ils ont été secondés par un régime convenable, et notamment par les privations spéciales indispensables en pareil cas ;

Si, par exemple, tout en ayant renoncé au coït, le malade n'a pas conservé, en forme de dédommagement, l'habitude de certaines privautés, de certaines cohabitations semi-platoniques qui congestionnent les organes autant et plus que ne le ferait un fonctionnement régulier, espacé à intervalles physiologiques.

Dans la blennorrhée, les injections sont, sinon le remède souverain, du moins le premier remède à employer; et presque toujours il y en a déjà eu de faites, et faites sans succès. Avant d'en prescrire de nouvelles, vérifiez d'abord comment les premières ont été exécutées. Priez donc le client d'en faire une devant vous, avec de l'eau, et souvent vous serez étonné

de son inexpérience. Plusieurs n'en font pénétrer dans l'urèthre que quelques gouttes, et n'en redisent pas moins qu'ils ont fait *tout ce qu'on peut faire*. N'hésitez pas alors à leur donner une leçon. Mais parfois leur maladresse dépasse tout ce qu'on peut imaginer. Je me rappelle un brave homme de cinquante ans, qui, malgré un quart d'heure de patient enseignement, ne put jamais venir à bout de s'en tirer à ma satisfaction, et dut aller prendre un abonnement de douze cachets chez mon interne d'alors, qui voulut bien se charger de faire lui-même l'opération.

Voici le manuel de l'injection uréthrale, tel que le malade doit l'exécuter : Étant debout, ou assis sur le bras d'un fauteuil, la verge tenue élevée, saisir la seringue par le haut de son corps, entre le pouce et le médius droits, l'index placé sur le bouton ou dans l'anneau du piston ; en introduire le bec à 10 ou 12 millimètres dans le méat, dont on pince le bord avec le pouce et l'index gauche, en *tirant ce bord de côté*, de manière à ce qu'il coiffe le bec de la seringue, pour empêcher le liquide de refluer à mesure qu'on l'injecte. Pousser alors le piston, de façon à vider en deux ou trois secondes le contenu de la seringue ; puis, en la retirant, pincer solidement le méat entre le bout de l'index et du médius droits ; attendre une minute dans cette situation ; enfin refouler le liquide en arrière, en pressant la verge, de haut en bas, entre les deux doigts de la main droite, puis entre les deux doigts de la main gauche alternativement et successivement portés les uns derrière les autres, depuis le méat jusqu'au devant des bourses, par un mouvement analogue à celui d'un homme qui monte une échelle en en saisissant alternativement de chaque main les échelons l'un après l'autre.

Recommandez, en outre, de préférence, la seringue en verre, mais en avertissant qu'il faut soi-même regarnir le piston avec du coton, bien peu de pharmaciens livrant cet instrument en état de servir.

Ne reste-t-il plus alors qu'à formuler l'injection ? Non : vous la prescririez en vain si vous n'avez pas d'abord répondu à cette objection stéréotypée sur toutes les lèvres : « Je ne veux pas faire d'injections parce qu'elles amènent des rétrécissements ! » Je dissipe ces craintes en expliquant que toute injection astringente diminue, en effet, le jet d'urine, mais que cette réduction, toujours momentanée, et d'ailleurs prévue, du calibre de l'urèthre, n'a rien de commun avec les désorganisations de tissu qui constituent les rétrécissements véritables. Je demande si la production de ces derniers ne s'explique pas plus naturellement par l'inflammation chronique qui constitue la blennorrhée que par les injections qui ont pour but de la guérir ? Je fais observer que les injections pénètrent rarement au-delà du bulbe, tandis que, au contraire, les rétrécissements ont leur siége habituel en arrière de ce point (Voir la fable du *Loup et l'Agneau*). J'ajoute enfin, — mais cet argument n'est pas, heureusement pour eux, à l'usage de tous mes confrères, — que je me suis certainement fait, durant ma jeunesse, au moins 300 injections (dont une vingtaine au nitrate d'argent, sur lesquelles quatre ou cinq au $\frac{1}{30}$) et que je suis arrivé à soixante-trois ans, sans le moindre rétrécissement.

Ces préliminaires réglés, quelles injections faut-il ordonner ?

A moins que le malade ne les ait déjà faites, je commence presque toujours par l'injection de Ricord (voir ci-dessus, n° 8), continuée douze ou quinze jours, faite trois fois par jour, gardée cinq minutes, avec l'utile précaution de n'uriner que trois ou 4 heures après l'avoir laissé sortir.

Mais cette injection, — et tant d'autres analogues, que je pourrais citer, avec l'alun $\frac{1}{100}$, le perchlorure de fer (6 gouttes sur 100 grammes d'eau), le tannate de zinc, $\frac{1}{150}$, le sulfate de cuivre $\frac{1}{250}$, l'alcoolature de guaco (une partie sur 8 ou 10 d'eau), l'eau distillée de copahu, le chlorure de zinc, le chlorure d'or, — ces injections, dis-je, ont beaucoup plus de

chances de réussir, si on les combine de façon à lutter contre l'*accoutumance*, qui finit par atténuer ou annihiler leur action. J'atteins ce but par l'une ou l'autre des prescriptions suivantes :

N° 10. — « Faire trois injections par jour avec une cuillerée du mélange suivant :

Eau distillée.	200	grammes.
Sulfate de zinc.	ãã 1	»
Tannin.		

« Après chaque injection, verser dans le flacon qui contient la solution précédente une cuillerée du mélange suivant :

Eau distillée.	100	grammes.
Sulfate de zinc.	ãã 2	»
Tannin.		

« Cesser ces injections dès qu'elles viendraient à produire une irritation un peu trop vive. »

Dans ce même ordre de moyens, je recommande la combinaison suivante, assez bizarre, mais qui m'a donné de bons résultats :

N° 11. — « Faire trois injections par jour.

« Celle du matin, avec :

Eau distillée.	100	grammes.
Vin aromatique.	30	»

« Celle du milieu du jour, avec :

Eau distillée.	100	grammes.
Liqueur de Van Swieten.	20	»

« Celle du soir, avec un mélange d'une partie d'encre ordinaire sur cinq parties d'eau.

« Si l'un de ces liquides cause une cuisson trop vive, l'affaiblir par l'addition d'eau. »

Je copie encore ici, par reconnaissance, une ordonnance qui m'a valu quelques succès :

« N° 12. — User, pendant quinze jours, des trois liquides ci-dessous, en en changeant tous les deux jours :

a.	Eau distillée.	100 grammes.
	Liqueur de Van Swieten.	25 »
b.	Eau de roses.	120 grammes.
	Sulfate de zinc.	ãã 1 »
	Tannin.	
c.	Eau distillée.	120 grammes.
	Acétate de plomb.	ãã 15 décigrammes.
	Laudanum de Sydenham.	

« Faire deux injections par jour. »

Tels sont les agents principaux de la médication *astringente*. Elle suffit ordinairement pour les cas où la maladie ne date que de quelques mois et dénote par de sensibles variations dans son intensité, selon les conditions météorologiques et hygiéniques, qu'elle n'a pas encore complétement pris racine dans l'organisme.

Mais lorsqu'il en est autrement, lorsqu'on a affaire à ces blennorrhées de deux, quatre, huit ou dix ans, absolument indolentes et immuables, il faut changer de système; il faut mettre en œuvre, et souvent ce n'est pas trop de tous ses agents, la médication substitutive.

Nous l'avons déjà vue à l'œuvre comme moyen abortif. Mais ici on ne peut plus espérer de vaincre par un heureux coup de main. Pour modifier le processus établi de longue date, il faut une influence thérapeutique qui lui soit, en quelque sorte, adéquate par la lenteur de son action. N'espérez donc rien d'une injection violente ; c'est à une série méthodiquement combinée d'effets substitutifs qu'on doit s'adresser pour avoir raison de ces hypercrinies tenaces, qui semblent être devenues plus qu'une habitude, presqu'une fonction de l'organisme.

Le nitrate d'argent est le premier des agents substitutifs. Avec lui, on a des effets définis, prévus, une inflammation graduable à volonté, mais toujours franche, invariablement inoffensive, et aboutissant à la résolution complète du processus sécrétoire. Je l'emploie de deux manières :

a. A doses faibles mais continues, comme il suit :

N° 13. — « Faire, matin et soir, une injection de :

Eau distillée.	150 grammes.
Nitrate d'argent.	5 centigrammes.

« A continuer huit jours. »

b. A doses plus fortes, mais espacées.

N° 14. — « Faire, toutes les trente-six heures environ[1], une injection de :

Eau distillée.	70 grammes.
Nitrate d'argent.	1 décigramme.

« En faire cinq. »

Mais sur les caustiques faibles, l'*accoutumance* exerce son fâcheux effet comme sur les astringents. Il est rare que les troisième et quatrième injections provoquent sur la muqueuse uréthrale le même degré d'irritation que la deuxième, et surtout que la première. Or, cette irritation étant la condition d'efficacité de ces injections, il faut s'arranger de façon à l'obtenir pendant toute la durée du traitement. Voici, quand la blennhorrée a résisté, comment, pour neutraliser l'effet de l'habitude, je modifie les procédés ci-dessus, *a* et *b*.

c. N° 15. — « Faire deux injections par jour avec plein une cuillerée à bouche d'eau distillée, dans laquelle on versera d'abord deux gouttes de la solution suivante :

Eau distillée.	20 grammes.
Nitrate d'argent.	4 décigrammes.

[1] Le mot *environ* signifie que l'injection suivante doit être faite aussitôt que l'effet irritant de l'injection précédente (augmentation et épaississement de l'écoulement, douleur durant la miction et l'érection) est fini.

« Augmenter tous les jours de deux gouttes la quantité de la solution, jusqu'à ce qu'on soit arrivé à produire une irritation assez forte. Alors, cesser les injections.

« Si, huit jours après les avoir cessées, il y a encore de l'écoulement, les recommencer, mais en allant, cette fois, jusqu'à un plus grand nombre de gouttes, de manière à obtenir une irritation plus vive que la première fois. »

d. N° 16. — « Faire quatre injections (une toutes les trente-six heures) successivement avec les solutions suivantes :

1. Eau distillée.	35 grammes.
Nitrate d'argent.	5 centigrammes.
2. Eau distillée.	30 grammes.
Nitrate d'argent.	5 centigrammes.
3. Eau distillée..	25 grammes.
Nitrate d'argent.	5 centigrammes.
4. Eau distillée.	20 grammes.
Nitrate d'argent.	5 centigrammes.

J'ai quelquefois, pour mieux remédier à l'accoutumance, combiné avec avantage les astringents et les caustiques dans la formule suivante :

N° 17. — « Pendant quinze jours, faire trois injections par jour avec :

Eau distillée..	250 grammes.
Sulfate de zinc.	ãã 15 décigrammes.
Tannin.	

« Les troisième, sixième, neuvième et douzième jour, remplacer ces injections par une seule, faite ce jour-là avec :

Eau distillée..	60 grammes.
Nitrate d'argent.	15 centigrammes [1].

[1] Il y a lieu quelquefois de poursuivre, par une application plus directe du caustique, l'irritation blennorrhagique dans les points de l'urèthre où, soit un excès

Je rejette presque absolument les injections au nitrate acide de mercure très-dilué, à cause de la presqu'impossibilité d'en prévenir les mauvais effets, même au moyen d'un dosage aussi exact, aussi prudent, aussi timide que possible. — J'en parle par expérience.

Les injections cathérétiques ou caustiques ne constituent qu'un des moyens de la méthode substitutive. Cette méthode compte d'autres procédés. Ainsi, pour raviver une blennorrhée rebelle, pour la faire repasser à l'état subaigu (*état répressible*), on a conseillé :

1° De contracter ou de s'inoculer une nouvelle blennorrhagie. Quand, intentionnellement ou non, cela a lieu, le malade devra s'attacher, avec toute la patience possible, à laisser mûrir *très-complétement* sa blennorrhagie, afin de pouvoir,

de sensibilité, soit la constatation de la provenance de la sécrétion, dénote que cette irritation existe plus forte qu'ailleurs. Ces points sont :

1° *Le méat.* — Ceci s'observe surtout chez les hypospadiaques. Ces larges méats doivent alors être touchés directement, 3 ou 4 fois, à cinq ou six jours d'intervalle, avec le porte-caustique de Lallemand.

2° *Les follicules des bords du méat.* — C'est là une véritable blennorrhagie qui, occupant un siége obscur, presque toujours masqué par la croûte qui se forme sur l'orifice du follicule, est très-souvent méconnue des malades et du médecin, et reproduit fréquemment, par une contagion de source insidieuse, la blennorrhagie uréthrale, au moment où l'on croyait celle-ci guérie; et cela à charge de revanche, entre l'urèthre et le follicule qui se recontagionnent alternativement l'un l'autre.

Le traitement consiste à cautériser l'intérieur de la cavité du follicule; ce qui ne peut guère s'effectuer qu'en y introduisant une aiguille de bas ou un fil d'archal (un *trait* de fleuriste) assez gros pour n'y entrer qu'à frottement; puis en chauffant à la flamme d'une bougie cette aiguille, après qu'elle a été préalablement introduite dans le follicule. Un écran, une carte que l'aiguille a trouée, permet d'approcher la bougie assez près pour chauffer l'aiguille sans brûler la peau. J'ai aussi réussi à exécuter cette cautérisation, parfois très-difficile, en taillant un tout petit fragment de bois, que je trempe dans l'acide nitrique, et que j'enfile ensuite dans le trajet dont il faut toujours, au préalable, avoir bien étudié, par un sondage avec l'instrument simplement huilé, la direction et la profondeur.

3° *La fosse naviculaire.* — J'ai expliqué, p. 10, le mécanisme par lequel on peut obtenir que l'écoulement distende cette partie du canal, de façon à pénétrer tous les replis, toutes les arrière-cavités de la muqueuse.

4° *La portion membraneuse et prostatique.* — Pour faire parvenir d'emblée

alors, à l'aide du copahu, détruire l'ancien mal en même temps que le nouveau. C'est là, pour le blennorrhéen, une chance de guérison que je ne l'engagerai jamais à rechercher, mais dont, si elle lui échoit, il peut profiter et souvent il profitera.

2° D'introduire dans le canal des bougies molles, et de les laisser à demeure quelques minutes ou davantage, plusieurs jours de suite, jusqu'à ce qu'il s'ensuive une irritation, un retour de l'état aigu, dont on tire parti comme dans le cas précédent.

Ce vieux procédé n'atteint qu'imparfaitement, que lentement le but; et pendant le temps qu'il exige pour y arriver, les accidents auxquels expose tout cathétérisme, les accès de fièvre, la cystite, l'épididymite peuvent se développer.

et sans atténuation la solution caustique sur la muqueuse de cette région, voici comment je procède :

J'introduis une sonde en gomme élastique, à béquille, dans la vessie. Quand elle y est parvenue (ce qui se reconnaît à ce que l'urine sort); je la retire lentement jusqu'à ce que l'urine cesse de couler; ce qui indique que l'*œil* de la sonde correspond, en ce moment, à la partie prostatique du canal. Alors, j'adapte à l'ouverture extérieure de la sonde la petite seringue en verre, pleine d'une solution de nitrate d'argent au 50e, et je pousse un cinquième environ de son contenu par un brusque coup de piston. On ne voit rien refluer entre la sonde et le canal. J'attends cinq ou six secondes. Je retire encore la sonde d'un centimètre. J'attends cinq ou six secondes pour laisser à la couche musculaire de l'urèthre le temps de se contracter sur la sonde, de manière à empêcher le reflux du liquide injecté; et alors je donne un nouveau coup de piston. J'attends cinq secondes. Je retire encore la sonde d'un centimètre. Nouvelle attente de cinq secondes; puis, au quatrième ou cinquième coup de piston, le reflux du liquide, qui finit par avoir lieu, m'apprend que l'œil de la sonde est maintenant hors de la portion de l'urèthre où les injections, faites avec la seringue seule selon le procédé vulgaire, ne pénètrent que difficilement.

Cette petite opération, qui ne demande pour son exécution que des instruments usuels, est souvent suivie de succès; on peut surtout compter sur elle pour faire disparaître l'endolorissement périnéal, mal défini et fort incommode, qui complique certaines blennorrhées. Le seul inconvénient auquel elle donne lieu est un ténesme vésical, qui dure pendant une heure environ.

Il faut ordinairement réitérer trois ou quatre fois ces injections, à quatre jours d'intervalle, pour obtenir l'effet qu'on attend d'elles.

J'ai dû énoncer cette manœuvre avec quelques détails, d'abord parce qu'ils sont utiles à connaître, puis parce que le procédé, décrit sous mon nom dans certains ouvrages, a été complétement défiguré.

Je lui préfère, et j'emploie, dans les cas réfractaires, la médication ainsi formulée :

N° 18.— « Tous les jours, introduire, à 16 centimètres environ, dans le canal, et y laisser 3 minutes, une bougie en cire de 4 ou 5 millimètres, enduite de :

Cérat.	25	grammes.
Alun calciné.	2	»
Calomel.	3	»

« Si, au bout de trois jours, il n'est pas survenu de la douleur, de la tension du canal, avec augmentation et épaisissement de l'écoulement, on s'arrangera de manière à provoquer peu à peu ces effets, ce qui a lieu : soit en faisant deux sondages par jour ; soit en gardant la bougie cinq minutes ; soit en la faisant tourner sur elle-même deux ou trois fois dans le canal ; soit enfin, s'il le faut, en ajoutant à la pommade un gramme d'alun et un gramme de calomel en plus. »

Quelques pharmaciens ont imaginé des bougies médicamenteuses dans la substance desquelles sont incorporés des agents de l'ordre de ceux que je viens de nommer.

De quelque manière qu'on ait obtenu l'exacerbation désirée, que ce soit par les injections, par une nouvelle blennorrhagie ou par l'usage des bougies, il faut, quand cette exacerbation s'est prononcée à un degré qu'on juge suffisant, cesser l'emploi des remèdes qui l'ont réalisée, et attendre ; mais attendre en observant les règles de l'hygiène spéciale et en évitant toutes les causes capables de troubler le processus salutaire sur lequel on compte pour que la fluxion artificiellement provoquée se termine par une résolution complète et la guérison.

Mais pour que ce processus s'achève, pour qu'on soit, par conséquent, à même de juger si oui ou non il a produit une guérison solide, il faut quelques jours. De là ce précepte formel, qu'on ne saurait trop répéter, avant de les congédier, aux clients à qui on vient de prescrire des injections :

« *Si vous croyez avoir encore besoin d'une consultation, ne revenez qu'après avoir laissé passer trois ou quatre jours à partir de la dernière injection.* »

A ce terme, en effet, à ce terme seulement, on sait à quoi s'en tenir sur le résultat définitif de la médication. Mais ce résultat, en fait, quel est-il?...

Parfois, c'est la guérison — qui, pour se consolider, exige encore un mois de régime [1], — mais le plus souvent ce n'est qu'une amélioration; et, pour la convertir en guérison, il faut recommencer une série analogue d'injections ou de sondages, en ayant soin de varier les agents de la médication substitutive ou d'augmenter les doses de ses agents.

Les rétrécissements de l'urèthre — que l'état subinflammatoire générateur de la blennorrhée produit souvent — peuvent-ils, à leur tour, entretenir la blennorrhée? A quel degré, et avec quelle fréquence cette influence s'exerce-t-elle?... Chaque auteur, chaque praticien l'apprécie selon ses tendances, selon ses habitudes, selon sa spécialité surtout. Pour nous éclairer sur ce point, écoutons le dialogue suivant entre un urologiste et un syphiligraphe :

L'urologiste. — Vous ne nierez pas que, autour et surtout en arrière du point coarcté de l'urèthre, il ne s'établisse une phlegmasie dont la sécrétion blennorrhéique est justement la conséquence.

Le syphiligraphe. — D'accord; c'est possible, probable même. Mais est-ce réel? Ne s'y trompe-t-on point? Ne cherche-t-on jamais à tromper les malades? Que de fois n'ai-je pas vu

[1] Ni bière, ni vin blanc, ni vermouth, ni bains chauds, ni boissons rafraîchissantes prises en abondance. Éviter de passer des nuits sans se coucher, de monter à cheval, de faire des courses forcées, de voyager plusieurs jours de suite. De ce régime fait obligatoirement partie la continence : sans regarder une infraction commise accidentellement comme un obstacle absolu à la cure, je proscris le coït habituel. A plus forte raison condamnerai-je la doctrine accommodante qui, pendant qu'il y a encore sécrétion purulente, fait du fonctionnement modéré et régulier de l'appareil génital une condition de guérison de la blennorrhée.

de pauvres diables sondés sans pitié pour un rétrécissement soi-disant cause unique de leur goutte. Ils venaient alors me voir ensuite, toujours avec leur goutte ; et quand, les sondant à mon tour, j'arrivais au collet du bulbe, là où, *normalement*, la bougie rencontre toujours une certaine résistance : « Oh ! c'est là, s'écriaient-ils, c'est bien là le rétrécissement qu'on a voulu me faire passer ! »

L'urologiste. — Vous parlez de charlatans ou d'ignares. Mais, vous-même, peut-être, combien de fois n'avez-vous pas méconnu un rétrécissement, si vous en déclarez exempt un homme qui urine bien, un canal dans lequel on passe sans résistance un cathéter conique ou cylindrique, même d'un diamètre de 7 à 8 millimètres.

Le syphiligraphe. — Il est certain que, dans ces conditions, il me serait difficile de croire à un rétrécissement. Du moment qu'on urine bien....

L'urologiste. — Et vous auriez tort. Les diverses parties de l'urèthre n'ayant pas le même diamètre, une des parties larges peut s'être rétrécie sans qu'il en résulte un resserrement du calibre minimum, qui seul mesure la largeur du jet d'urine D'autre part, un rétrécissement commençant peut très-bien être aplati, effacé par un cathéter ordinaire, et par conséquent ne pas donner, lors d'un pareil sondage, de signe sensible de son existence. Il en sera tout différemment si vous vous servez d'une bougie à boule. En la retirant, vous ne pouvez manquer, d'après la sensation de ressaut que produit alors la rencontre du moindre obstacle, d'apprécier le plus faible resserrement....

Le syphiligraphe. — Et de le traiter, pendant des semaines et des mois, par la dilatation ou l'incision, au risque des cystites, des hémorrhagies, des accès de fièvre uréthrale. Et pour quel résultat ?... Hélas ! la stricture passe, je l'accorde, mais la blennorrhée reste, et elle n'est devenue ni moins incommode, ni moins aisée à guérir.

Ces derniers mots sont l'expression de ce que j'ai observé assez fréquemment. En somme, il est indiqué de faire disparaître tout rétrécissement uréthral *bien constaté* qui coexiste avec une blennorrhée. Mais en commençant cette cure, soyez sobre de promesses relativement à l'effet qu'elle doit avoir sur l'écoulement ; car le plus souvent le résultat ne répond point aux espérances que la théorie semblait autoriser. Le plus souvent, vous vous trouvez avoir par là supprimé une complication de la blennorrhée, mais non sa cause. Et son traitement par les autres agents, par les médications ordinaires, reste tout entier à instituer.

J'ai dit que, après un certain temps, la blennorrhée est parfois devenue presque une fonction de l'organisme. Aussi peut-on espérer, et est-il rationnel de tenter la guérison locale par des moyens pharmaceutiques ou hygiéniques qui s'adressent à l'organisme tout entier ; genre de médication qui, d'ailleurs, se concilie on ne peut mieux avec l'emploi des topiques.

Ainsi l'huile de foie de morue, les ferrugineux, l'air de la campagne, aident puissamment à obtenir la guérison chez les sujets lymphatiques.

Ainsi j'ai toujours obtenu de bons résultats de l'usage de la flanelle : c'est même là un secours à ne jamais négliger, et, par conséquent, une question à ne jamais omettre d'adresser aux malades.

Dans ce même sens, je leur recommande de faire, matin et soir, en changeant de chemise, une friction avec un linge rude sur toute la peau, et assez vivement pour la rougir.

Les bains de mer ou de rivière (surtout avec natation), les douches froides comptent de nombreux succès, comme agents toniques, et doivent toujours, dans la saison favorable, être utilisés à titre d'auxiliaires.

Une alimentation plus réparatrice, un changement de rési-

dence, de profession, exerceront parfois l'influence curative décisive : mais ce n'est qu'autant qu'il résultera de ce changement un appel plus énergique du sang à la périphérie. En 1837, tout jeune docteur alors, et n'ayant jamais jusque-là habité de pays plus méridional que Lyon et Vienne, j'allai, en juillet, passer dix jours à Marseille. J'y souffris cruellement de la chaleur; mais, au retour, je constatai, avec autant de plaisir que de surprise, en échange de mes flots de transpiration, la fin radicale d'une *goutte* que je traînais depuis quatorze mois, et qui avait résisté aux divers moyens, patiemment et activement employés, de la médication locale.

Les eaux minérales, les bains de vapeur térébenthinée, l'hydrothérapie[1], les bains sulfureux ou alcalins promettent aussi des cures assurées. Je crois, quant à moi, à l'élément reconstituant de ces divers agents. Je crois à Royat, à Salins, pour relever la nutrition et donner par suite plus de ton à la muqueuse devenue le siége d'une sécrétion *passive*, ainsi qu'on disait autrefois. Je crois, d'autre part, aux eaux sulfureuses, notamment à Bagnères-de-Luchon, à Cauterets, à Aix, surtout à Uriage pour combattre l'élément herpétique qui entretient tant de blennorrhées. Hors de là, ma foi est des moins robustes; et pour me convertir, il faudrait autre chose que des promesses ou des observations rédigées en style de prospectus.

Une maladie aiguë violente, de quelque durée, telles qu'une attaque de rhumatisme articulaire, une fièvre typhoïde, une fluxion de poitrine, un érysipèle, une série de furoncles, ont parfois fait disparaître la blennorrhée. Il en est de même,

[1] Les annonces de l'un de ces établissements, en 1853, affirmaient la guérison certaine, radicale des vieux suintements. Or, pendant que le médecin de la maison cherchait à me prouver la réalité de ces admirables, de ces inmanquables succès, j'avais justement pour client assidu le garçon de l'établissement, qui, par profession, participait à tous les exercices balnéatoires de tous les malades, et qui, malgré cet excès de médication *infaillible*, n'en restait pas moins porteur d'une blennorrhée des plus rebelles.

comme nous le verrons plus loin, par le fait de l'épididymite. Mais souvent. en même temps que la maladie aiguë diminue, que la fièvre dont elle s'accompagne tombe, on voit revenir la blennorrhagie, et parfois avec le même degré d'acuité qu'elle offrait au moment où elle se suspendit. Je l'ai vue reparaître à l'état aigu, après une disparition, en apparence complète, de 45 jours, chez un typhoïque, durer encore trois mois et assez caractérisée pour donner lieu à des accidents multiples et sérieux du côté de la vessie et de l'épididyme.

C. — Suintement muqueux.

Son caractère clinique est *de ne plus pouvoir, sous l'influence de quelque cause excitante que ce soit, repasser, même momentanément, à l'état contagieux.*

Le type physiologique de la sécrétion muqueuse normale de l'urèthre est le liquide qui sort du méat à la suite d'une érection violente et prolongée. Ses attributs physiques sont d'être transparent et filant.

A la suite de la blennorrhagie, on voit parfois persister un suintement de cette espèce, mais *se produisant sans érection.*

Or, ce suintement peut soit offrir au complet, soit ne pas offrir entièrement les deux caractères ci-dessus.

Si, par exemple, il ne file qu'à un ou deux centimètres ; si, au lieu d'une transparence absolue, d'une absence complète de couleur, il est opalin, alors il conserve encore à un degré inoffensif mais réel le caractère morbide ; et, sans qu'il y ait aucune nécessité de le combattre, on peut, pour céder aux sollicitations des clients, entreprendre de le réduire à l'état de pure mucosité, c'est-à-dire de mucosité pure.

Ce qui réussit le mieux dans ce cas, sont les injections qui déposent et laissent à demeure sur la surface uréthrale des parcelles médicamenteuses solides ; telles sont le sous-nitrate

de bismuth (de 4 à 6 grammes dans 120 grammes d'eau, deux ou trois fois par jour[1].)

L'injection demi-solide au glycérolé d'amidon, seul ou additionné de divers astringents, peut aussi, dans cè cas, rendre de bons services.

Je me sers souvent avec avantage du vin rouge ordinaire contenant de la lie (pris aux dernières bouteilles qu'on tire du tonneau). S'il produit de la cuisson, il faut l'affaiblir par l'addition d'eau ; car on n'a à demander à ces diverses injections aucune action irritante.

Mais, dans beaucoup d'autres cas, la matière du suintement est exclusivement muqueuse, c'est-à-dire, qu'elle a la transparence du blanc d'œuf, et que, prise entre deux doigts, elle file à quatre ou cinq centimètres de distance.

Dans ces conditions, l'innocuité est absolue, évidente. Mais la plupart des clients ne l'entendent point ainsi. Vous avez beau leur affirmer que ce n'est pas une maladie ; qu'il ne s'agit que d'une *humeur naturelle*, seulement un peu plus abondante que dans l'état naturel ; qu'il n'y a pas la plus petite chance de contagion, pas la moindre suite fâcheuse, locale ou générale, à appréhender soit pour le présent, soit pour l'avenir... ils n'en attachent pas moins sur vous leur regard consterné en vous répétant : « Docteur, çà ne passera donc jamais ! » et : « Puisque c'est si peu de chose, ajoutent-ils, quoi de plus aisé que de le guérir ? »

« Mais, c'est que, justement, devra-t-on leur répondre, un état qui ne diffère presqu'en rien de la santé est extrêmement difficile à modifier. » — On peut cependant y travailler, et par trois ordres de moyens.

[1] Secouer le flacon. Après l'avoir gardée cinq minutes au moins, il faut ne laisser sortir l'injection que peu à peu, en trois ou quatre fois. De cette façon, les parois uréthrales n'étant pas soll.citées à se contracter brusquement, ou, si l'on aime mieux, à revenir brusquement sur elles-mêmes, une certaine quantité de la matière injectée peut rester dans le canal.

D'abord, en reconstituant. s'il y a lieu, l'organisme, à l'aide des agents appropriés.

Secondement, en tonifiant la muqueuse uréthrale ; et cela non par les injections, absolument impuissantes dans l'espèce, mais par les lotions et irrigations froides, les lavements froids, les bains de siége d'un quart d'heure, à 25°, les douches d'eau froide, les bains de rivière et de mer, les bains sulfureux et eaux minérales de même nature, l'application de la glace au périnée (une séance de quatre heures consécutives, réitérée tous les huit jours, pendant un mois.)

Simultanément, il convient de veiller au fonctionnement de l'appareil génital : ne pas prolonger l'érection sans objet ; ne pas la provoquer par des attouchements ; régler les rapports sexuels en les proportionnant aux besoins réels et sans se permettre de répétition, séance tenante ; traiter les pertes séminales qui coexisteraient.

Avec ces soins, en proscrivant toute cautérisation, toute injection irritante, il est rare que, avec le temps, ce suintement muqueux ne finisse pas par disparaître. Le pis qu'il puisse arriver à l'individu qui en est atteint c'est de conserver cette hypersécrétion, laquelle, au faible degré qu'elle affecte le plus souvent, n'est pas même une incommodité.

Je reviens : pendant la blennorrhée et même après sa guérison complète, il se produit parfois dans le canal une douleur qui est continue ou à paroxysmes, naissant spontanément, n'augmentant ni par la pression, ni durant la miction, ni durant l'érection, et ne s'accompagnant d'aucun signe local d'inflammation. C'est la *névralgie uréthrale*, qui tantôt occupe tout le canal, tantôt se fixe dans quelques points, dont l'un est presque constamment la fosse naviculaire.

Pour traiter efficacement cette douleur dont la ténacité tourmente les malades, il faut d'abord s'assurer si elle ne tient pas à un reste de phlegmasie, d'engorgement d'un folli-

cule, de subinflammation de l'arrière canal ou du col de la vessie. Mais quand il n'y a eu ou qu'il n'y a plus que l'élément névralgique, on l'attaquera de deux côtés, c'est-à-dire par le canal et par la peau.

1° *Par le canal :* On laisse à demeure, pendant dix minutes, matin et soir, une injection sédative d'huile de morphine, d'infusion concentrée de feuilles de belladone. Si cela échoue, on peut réussir avec deux ou trois injections de nitrate d'argent au 1/100 ou 1/200, réitérées à cinq jours d'intervalle, dont on cherche à localiser l'action en pressant simultanément d'une main d'avant en arrière et de l'autre d'arrière en avant, pour faire que l'injection distende le point douloureux du canal. Si ces injections soulagent mais ne guérissent pas, on complète leur effet par une cautérisation avec l'instrument de Lallemand.

2° *Par la peau :* Vésicatoires volants morphinés ; applications de chloroforme ; glace ; compression ; injections sous-cutanées narcotiques. J'ai vu cette névralgie céder très-rapidement à quelques bains de la verge pris dans la solution suivante :

Eau distillée.	150 grammes.
Sulfate neutre d'atropine. . . .	5 centigrammes.

La médication narcotique et antispasmodique générale (quarts de lavement laudanisés, valérianate de zinc, pilules de Méglin) et la médication antipériodique rendent aussi des services. Mais, comme pour toutes les névralgies, et notamment pour toutes celles nées d'une lésion génitale, il faut toujours compter avec l'état névropathique constitutionnel qui les engendre et que, par un singulier effet, elles entretiennent à leur tour. Les bains froids, les ferrugineux, le retour aux occupations et au régime habituel sont d'utiles en même temps que d'indispensables adjuvants pour la thérapeutique de cette torturante quoique insignifiante affection

que, en définitive, on est souvent forcé, ne pouvant faire mieux — et l'on pourrait faire beaucoup plus mal — de *traiter par le mépris !*

BLENNORRHOIDES

Les uréthropathies, non traumatiques, qui peuvent simuler la blennorrhagie sont au nombre de deux : l'uréthrorrhée, et l'herpétisme uréthral.

Uréthrorrhée.

Cette affection ressemble à la blennorrhagie par certains caractères et en diffère par d'autres.

Elle lui ressemble : en ce qu'elle ne survient qu'à la suite du coït; — qu'elle apparaît deux ou trois jours après ; — qu'elle produit un écoulement et s'accompagne d'irritation; — qu'elle dure au moins deux mois.

Elle en diffère : en ce qu'elle peut résulter du coït avec une femme saine, exempte même de perte blanche; — qu'elle s'établit, dès son début, sous la forme et avec le degré d'intensité qu'elle gardera pendant toute sa durée; — que la sensation n'est jamais qu'une sorte de chatouillement continu un peu exagéré par la miction, mais plutôt incommode que douloureux; — que l'écoulement qui en résulte, clair, très-peu abondant, contient à peine du pus, ne donne lieu qu'à une tache sans épaisseur, dont le centre seul est légèrement jaune ; — enfin, que le copahu et le cubèbe n'ont aucune action contre elle.

Quelle est donc la cause de cette singulière maladie, bien connue d'ailleurs, que les clients appellent *échauffement*, et qui répond à la *gonorrhée non virulente* des anciens auteurs !...

Cette cause — que j'ai vérifiée par de nombreuses constata-

tions cliniques [1] — est *le coït avec une femme ayant ses règles*.

Les caractères différentiels énoncés ci-dessus peuvent remplacer une description plus étendue. J'appelle seulement l'attention du praticien sur la longue durée de cet état et sur la résistance qu'il oppose aux moyens ordinaires de la médication anti-blennorrhagique. En voyant cette fluxion rester, au bout de huit ou dix jours, insignifiante, indolente, le médecin est naturellement porté à partager l'avis du client qui ne voit là qu'un *échauffement*, et à lui promettre par conséquent une prompte et facile guérison...

Qu'il ne commette pas cette faute, car elle lui serait par la suite durement reprochée ; et même l'on ne manquerait pas d'attribuer la ténacité du mal, soit à ce que le médecin aura mal à propos temporisé, soit à tel ou tel remède qu'il aura eu tort ou d'employer ou de ne pas employer !... Il faut le dire, et pour cela il faut le savoir : l'uréthrorrhée, maladie très-réelle et assez fréquente, n'est pas un degré faible de la blennorrhagie ordinaire ; c'est une espèce à part, ayant sa cause, son évolution, sa durée et surtout ses incompatibilités thérapeutiques. Son cours ordinaire est long, très-long, souvent de plusieurs mois ; et, pour la combattre, le médecin n'a pas à sa disposition les ressources, les remèdes spécifiques, qui lui rendent de si grands services contre la blennorrhagie.

Quant à moi, lorsque j'ai reconnu l'existence d'une *uréthrorrhée*, je ne manque jamais de notifier au patient ce pronostic relativement défavorable [2].

« Vous ne souffrirez jamais plus qu'à présent, lui dis-je ;

[1] M. le docteur Deville a fait cette constatation de la manière la plus exacte, la plus péremptoire dans un cas publié par la *Gazette médicale* de Lyon, 1862, p. 61, cas dont les circonstances ne me permettent point de le reproduire ici.

[2] Mais, en même temps, je lui dis que ce n'est pas une maladie vénérienne, que la femme qu'il a vue *n'avait pas de mal;* et cette déclaration suffit ordinairement à le consoler.

mais l'écoulement et la sensation légèrement pénible que vous éprouvez peuvent persister plusieurs mois sans augmenter et sans s'atténuer. »

L'uréthrorrhée coïncide, dans quelques cas, avec la blennorrhagie. Cette coexistence est probablement parfois la cause latente mais réelle de la tendance que certaines blennorrhagies ont à se maintenir à l'état chronique.

Si l'on me consulte dès le début de la maladie, comme, à cette période, rien ne différencie l'uréthorrhée d'une blennorrhagie, je pratique l'injection abortive.

Si, au contraire, les caractères propres de la maladie ont déjà eu le temps de se dessiner, j'essaye une série d'injections astringentes, et sans interruption, pendant dix ou douze jours.

Si, nonobstant, le mal persévère — ce qui n'est pas rare — je prescris des bains répétés, des boissons délayantes à dose modérée, un ou deux purgatifs salins, la continence, la chasteté même, et très-obligatoires, les lotions, irrigations, douches froides ; et, après avoir laissé la subinflammation s'user par ces moyens et par l'effet du temps, j'ai de nouveau recours à des injections, soit astringentes, soit légèrement caustiques.

Il faut aussi songer et remédier à la dyspepsie qui parfois est une cause connexe de la persistance de ce flux.

Herpétisme uréthral.

Le propre de la diathèse herpétique est, on le sait, de donner lieu à certaines fluxions cutanées ou muqueuses, à formes déterminées, mais à siége variable.

Or, chez un individu qui a eu des chancres on des chancrelles, cette fluxion est, de par cet antécédent, plus spécialement sollicitée à se faire sur le prépuce : c'est l'*herpès préputialis*, dont il sera question plus loin.

De même, l'individu a-t-il eu des blennorrhagies? Alors, c'est sur l'urèthre que se portera ordinairement la fluxion ; et selon la loi qui circonscrit ces sortes de jetées aux orifices, la

fluxion s'effectuera notamment sur les trois ou quatre premiers centimètres du canal : c'est l'*herpétisme uréthral.*

Souvent on voit la fluxion sur l'urèthre coexister ou alterner avec les fluxions sur le prépuce ; ce qui achève de prouver la nature herpétique de la première. D'ailleurs, on observe ordinairement, dans ces cas, d'autres éruptions manifestement dartreuses, l'eczéma de l'anus ou des bourses, des mains ou des jarrets, le pityriasis capitis, l'angine herpétique, etc.

Un homme placé dans ces conditions, et qui depuis près de deux mois, je le suppose, n'a pas payé son tribut accoutumé à la diathèse, ressent à la fosse nariculaire un embarras, une gêne. En douze heures, cette gêne devient une douleur, qui est cuisante lors de la miction et de l'érection. La partie correspondante du canal est chaude, tendue. Si l'on y regarde, on voit le méat un peu rouge, très-légèrement tuméfié. Mais, en pressant, on ne fait venir au dehors qu'une sorte de sérosité à peu près incolore et en si faible quantité qu'à peine peut-on en recueillir (c'est la *chaude-pisse sèche* des anciens).

Après avoir atteint, en trente-six ou quarante-huit heures, son summum, la douleur, parfois très-pénible mais toujours localisée à l'extrémité du canal, persiste trois jours environ, puis diminue. Jamais elle ne dépasse la semaine. Par sa nature et ses limites, cet état est une sorte de *septennat constitutionnel !*

S'il n'y a pas eu de coït quelques jours avant le début de cet accident, on n'est pas exposé à le prendre pour une blennorrhagie. Mais, dans le cas contraire, je conçois que le malade s'alarme; car la douleur a le même siége, la même intensité que celle de la blennorrhagie commençante ; et la presque absence d'écoulement n'autorise pas à nier qu'il y ait blennorrhagie, puisque celle-ci, à sa période tout à fait initiale, ne donne justement lieu, on le sait, qu'à une sécrétion presque imperceptible...

Le diagnostic est donc difficile, et, cependant, il faut le porter, et le porter sans retard; car, faute d'avoir reconnu à temps une blennorrhagie, on perd l'occasion de la faire avorter.

On peut, à la rigueur, se tirer d'affaire en attendant, pour pratiquer l'injection abortive, qu'il y ait de l'écoulement, et en la pratiquant dès lors, quelque faible, quelque exclusivement séreux que soit cet écoulement, par conséquent fût-ce même sans nécessité réelle.

Mais, pour agir rationnellement, pour ne rien faire d'inutile, un guide nous est offert; et ce guide est le témoignage du malade. La douleur de l'herpétisme uréthral et la douleur de la blennorrhagie commençante ne peuvent guère être différenciées dans une description[1]; mais celui qui les a ressenties l'une et l'autre en saisit parfaitement la différence. Or, il est rare qu'un client qui vous consulte pour un herpès de l'urèthre n'en ait pas déjà été atteint. Il suffira donc de fixer son attention sur ce point, de l'engager à se rappeler s'il n'a pas, précédemment, éprouvé déjà cette même espèce de douleur, et s'il ne se rappelle pas que l'inflammation, dont cette douleur fut le premier signe, passa d'elle-même en cinq ou six jours. L'enquête, ainsi conduite, épargnera aux malades plus d'une injection abortive, qui, d'ailleurs, n'aurait pas eu la moindre peine à guérir en cinq jours une maladie dont la durée normale est de six ou sept.

Le seul intérêt que présente cette fluxion herpétique est sa ressemblance avec une blennorrhagie au début. Son seul trai-

[1] Essayons cependant. Outre que la douleur de l'herpétisme uréthral atteint plus promptement une assez forte intensité que celle de la blennorrhagie, elle s'en distingue aussi en ce qu'elle n'apparaît guère qu'au moment de la miction et de l'érection, cessant complétement le reste du temps. Les malades exercés disent qu'ils sentent alors l'urine passer comme sur une coupure, tandis que dans la blennorrhagie il leur semble qu'elle passe sur une brûlure. Enfin cette douleur a cela de caractéristique que, avec l'acuité qu'elle offre, on verrait déjà, s'il s'agissait d'une douleur de blennorrhagie, un écoulement blanc très-perceptible, ce qui n'a pas lieu.

tement est de la laisser se terminer spontanément, en prescrivant un bain et quelques boissons délayantes pour calmer la douleur, en conseillant aussi la continence, mais cela uniquement pour le même motif, et non dans un but préservatif pour la conjointe, car ce mal n'a rien de contagieux.

BLENNOPATHIES

OU LÉSIONS EXTRA-URÉTHRALES CONSÉCUTIVES A LA BLENNORRHAGIE.

Je viens de décrire le cours régulier de la blennorrhagie uréthrale. Mais souvent elle s'accompagne d'accidents, de complications.

Or, ces lésions ont une telle fréquence, elles sont tellement variables quant à leur siége et leur nature, elles affectent, pour la plupart, une telle gravité, elles éclatent si souvent sans qu'il soit possible d'en expliquer l'apparition par une cause accidentelle ou par une prédisposition individuelle appréciable, que leur pathogénie reste comme un défi porté aux syphiligraphes de tous les âges et de toutes les écoles.

Quant à moi, voici, pour ces lésions, la base de classification qui me semble être le plus en rapport avec les réalités de l'observation comme avec les besoins de la pratique.

Dans la blennorrhagie uréthrale, se trouvent réunis trois *éléments* pathogéniques, éléments capables, soit chacun isolément, soit opérant ensemble, de devenir agents des lésions consécutives. Ces trois éléments sont : 1° une inflammation; 2° une affection *de l'urèthre ;* 3° une affection contagieuse, *sui generis*, la blennorrhagie. Or :

1° L'*inflammation* peut, là comme dans toute autre région, produire des abcès de voisinage, de l'engorgement ou de l'infiltration séreuse (et les changements de configuration qui s'en suivent), la phlegmasie des vaisseaux et des glandes lympha-

tiques, etc. Par conséquent, je mets sur le compte exclusif de l'inflammation une première série d'accidents, savoir : les abcès péri-uréthraux, l'œdème, le phimosis et le paraphimosis, la lymphangite, l'adénite, les varices lymphatiques.

2° Une *affection de l'urèthre* exerce deux sortes bien distinctes d'influence, savoir : *a. par continuité de tissu* avec certains conduits muqueux et avec les organes que ceux-ci desservent ; *b. par une action de retentissement sur l'organisme :* action assez obscure, mais dont la réalité est prouvée par les accès de fièvre, par les accidents articulaires ou viscéraux souvent graves, quelquefois mortels qui, dans certaines conditions, peuvent suivre une opération pratiquée sur l'urèthre et même le simple cathétérisme. — A cette deuxième classe, se rapportent la prostatite, la Cowpérite, la cystite, l'épididymite et l'orchite, les névralgies uréthrales.

3° Comme *blennorrhagie*, la blennorrhagie uréthrale détermine chez certains individus une modification constitutionnelle, dont le mécanisme (sympathie, métastase ou pyoémie ébauchée) est encore à déterminer, mais dont l'existence est mise hors de doute par ce triple fait que, chez quelques sujets affectés de blennorrhagie, certaines lésions apparaissent à distance de l'urèthre ; que, chez ces sujets, elles n'apparaissent que lorsqu'ils ont une blennorrhagie ; enfin qu'elles les frappent ordinairement à chaque nouvelle blennorrhagie qu'ils contractent. — L'arthrite et l'iritis sont des exemples tranchés de l'effet de cette influence, d'où proviennent aussi *certains cas* de cystite et d'épididymite.

Mais l'élément *blennorrhagique* et l'élément *uréthral* possédant chacun sa manière de produire des lésions extra-uréthrales (et ce dernier en possédant même deux), on comprend que l'une des lésions dont je parle puisse être la résultante de plusieurs de ces influences, ou plutôt qu'une de ces lésions puisse compter autant de variétés qu'il y a d'influences capables de l'engendrer ; si bien que, sous une entité morbide en

apparence unique parce qu'elle n'a qu'un seul nom, l'observateur éclairé par les données précédentes sait distinguer, selon les cas, telle ou telle forme en rapport avec la cause particulière qui a agi. C'est ainsi que l'orchi-épididymite, par exemple, que la vulgaire *chaudepisse tombée dans les bourses*, tantôt débute par le cordon, tantôt par l'épididyme, — atteint son summum en trois jours et n'en dure que huit, ou se prolonge pendant trois ou quatre semaines, — a ou n'a pas des récidives spontanées, — suscite soit une simple réaction fébrile, soit des troubles généraux sans aucun rapport de durée ni de gravité avec l'intensité du processus phlegmasique local. Eh bien! ces différences, que tous les observateurs ont remarquées, accusent nettement l'existence de deux individualités distinctes, cachées sous une seule individualité apparente; elles prouvent qu'il y a, cliniquement comme étiologiquement, au moins deux sortes de *chaudepisse tombée dans les bourses*, selon que l'accident est dû à la propagation accidentelle, traumatique, de la phlegmasie par continuité de tissu (cathétérisme) ou à une perturbation spéciale de l'organisme, éclose spontanément chez un sujet prédisposé.

La même analyse appliquée aux autres *blennopathies* autoriserait non moins rationnellement à les scinder en autant d'espèces traduisant chacune, par des symptômes spéciaux, l'action ou l'immixtion d'une influence spéciale.

Mais ces questions, qui, d'ailleurs, sortent un peu de mon plan, reviendront avec plus de fruit, dans ce qu'elles ont de pratique, à propos de chacune des lésions extra-uréthrales que je vais passer en revue.

Inflammation, œdème, phimosis.

Il est rare qu'une blennorrhagie un peu aiguë ne s'accompagne pas de tuméfaction douloureuse avec rougeur du gland et du prépuce. Et il est rare aussi que, outre le gonflement

inflammatoire, il ne s'établisse pas alors une infiltration séreuse du tissu conjonctif qui unit le feuillet cutané du prépuce à son feuillet muqueux.

L'*œdème* peut donc être causé par l'inflammation ; son caractère est alors d'être douloureux à la pression. Mais il peut également être déterminé par tout obstacle à la circulation de retour, tel, par exemple, que la présence d'un engorgement inguinal volumineux.—Une autre cause d'œdème, et du même ordre, est cette conformation naturelle dans laquelle le prépuce, à la fois trop court et trop étroit, serre à sa base le gland, qu'il laisse constamment à découvert. Dans ces conditions, pour peu que le gland, en s'enflammant, augmente de volume, il s'étrangle ; mais en même temps, par suite de la réaction du corps étranglé sur le cercle étranglant, le prépuce, comprimé lui-même, ne tarde pas à s'œdématier.

Le prépuce œdémateux se présente donc sous deux formes tout à fait opposées : chez les sujets dont le gland, à l'état normal, était à découvert, c'est un bourrelet circulaire (toujours plus volumineux et parfois énorme en bas) ; chez ceux qui ont le gland couvert, c'est un prolongement, quelquefois très-long (de 4 et 5 centimètres) et alors replié, tordu sur lui-même, d'aspect bizarre, en forme de saucisson de campagne, et toujours objet d'effroi pour les malades inexpérimentés. Dans ces cas, le phimosis (c'est-à-dire l'état qui rend impossible de tirer assez le prépuce pour découvrir le gland) est une conséquence forcée de la conformation anatomique, coïncidant avec un gonflement de l'anneau préputial, gonflement qui diminue le calibre de cet anneau. Il importe d'expliquer aux malades que cet état qui les alarme est essentiellement temporaire.

Qu'il engendre ou non un phimosis, l'œdème donne à la peau une minceur, un brillant, une coloration blanc bleuâtre tout à fait caractéristique. On complète à la fois le diagnostic et la consolation du client, en pressant entre le bout de deux doigts la partie œdématiée, et en lui faisant voir que, par

cette simple pression, le gonflement a instantanément diminué.

L'inflammation balano-préputiale se traite par les bains émollients locaux et généraux, par la position élevée de la verge[1], qu'on a soin de tenir enveloppée, pour prévenir le frottement[2]. — Quant à l'œdème, il se dissipera grâce aux mêmes précautions et en multipliant les bains locaux pris dans de l'eau végéto-minérale froide. S'il y a phimosis, ne jamais essayer de décaloter, mais entretenir cependant la propreté au moyen d'injections avec de l'eau froide, de l'infusion de mauve ou de roses de Provins, faites entre le gland et le prépuce. — Bien entendu, il faut, autant que possible, faire cesser les obstacles à la circulation, et notamment l'étranglement. L'un des plus fréquents est cet état de *demi-paraphimosis*, dont j'ai parlé plus haut. J'en neutralise en grande partie l'effet en conseillant au client de le réduire, c'est-à-dire de ramener le prépuce en avant, chaque fois que, dans la journée, il urine ou prend un bain local. Cette réduction n'est que momentanée, il est vrai ; mais, souvent réitérée, elle contribue très-efficacement à prévenir un développement excessif de l'œdème.

Lorsqu'il n'y a point d'inflammation, on maintient le gland couvert, en tirant le prépuce en avant, puis en engageant son limbe dans un trou fait à une rondelle de caoutchouc vulcanisé, rondelle au centre de laquelle le limbe qui la

[1] Pour maintenir cette situation durant la marche, je recommande au client de découdre une des poches de son pantalon, de façon à pouvoir saisir et relever de temps en temps la verge.

[2] On a imaginé des étuis en caoutchouc, fort commodes, mais qu'on trouve rarement au moment du besoin. On ne saurait faire la même objection à l'*enveloppe membraneuse* usuelle, qui se trouve ainsi appelée à soulager ce qu'elle n'a pu prévenir. Enfin on se sert le plus souvent d'un simple linge, en forme de compresse-languette, dont le plein, placé sur le gland, et les deux bouts repliés sur les faces dorsale et inférieure de la verge sont maintenus par une bande roulée. Mais pour empêcher que cette bande ne glisse en avant et ne tombe, il faut en faire passer un ou deux tours en arrière des bourses.

traverse et la déborde se présente alors comme une tête de seigneur du moyen âge, au milieu de sa *fraise*.

Abcès péri-uréthraux.

L'inflammation qui envahit les tissus sous-jacents à l'urèthre peut produire la suppuration. Ces abcès sont rares : on les voit le plus souvent pointer de chaque côté du frein. Je dis *de chaque côté*; car presque jamais il ne s'en forme un à gauche, par exemple, sans que, quelques jours après, la même intumescence molle, rénitente, assez peu douloureuse, inévitablement et rapidement fluctuante, se montre à droite.

Leur diagnostic est aisé. Un coup de lancette en fait justice. Il importe de les inciser de bonne heure, si l'on craint qu'ils ne s'ouvrent dans l'urèthre.

Lymphangite.

Au summum d'acuité de la blennorrhagie, on constate, chez quelques malades, principalement au dos de la verge, parfois près du frein, une ou plusieurs cordes sous-cutanées, avec des traînées rouges à la peau sur leur trajet. Un peu sensibles à la pression, elles diminuent et se résolvent en même temps que l'inflammation uréthrale décline. Jamais elles ne suppurent.

Le repos et les cataplasmes émollients[1] sont nécessaires si, au début, il y a de la douleur. Plus tard, on agit contre l'engorgement subaigu ou chronique au moyen d'une pommade iodée, ou mieux de frictions avec la teinture d'iode, continuées jusqu'à rubéfaction légère de la peau.

Dans les environs du frein, on voit quelquefois persister

[1] Pour que le cataplasme ne glisse pas en avant, pour qu'il reste appliqué sur toute la longueur du dos de la verge, y comprise la racine de cet organe, il faut le préparer un peu long, en mettre le *plein* sous la verge, puis croiser les deux *chefs* sur la face dorsale, en les dirigeant ensuite l'un et l'autre vers l'une et l'autre aine.

longtemps une tuméfaction allongée, sinueuse, de un à deux centimètres de longueur, indolente. C'est la varice lymphatique. Elle n'est gênante que par l'aspect singulier qu'elle donne à la verge. — Pour la traiter efficacement il faut l'enfiler selon sa longueur avec une aiguille portant un fil de soie cirée. Après avoir retiré l'aiguille, on laisse en place le fil qu'on noue lâchement. On coupe et on en enlève le fil au bout de cinq à six jours, lorsque sa présence a déterminé de l'irritation, et qu'on juge cette irritation suffisante pour amener l'oblitération de la varice.

Adénite.

Il peut coexister avec la blennorrhagie soit une lésion (chancrelle), soit une constitution individuelle (scrofule), soit un mode spécial d'absorption (celui qui produit le bubon d'emblée), toutes causes capables de donner lieu à une véritable adénite, à un bubon. Mais jamais, par elle-même, la blennorrhagie uréthrale ne produit de bubon suppurant. Il y a vingt-cinq ans que je le professe.

S'il en était autrement, le bubon de la blennorrhagie serait aussi fréquent dans cette maladie que le bubon inoculable l'est dans la chancrelle, et il aurait des caractères tranchés.

Il n'en est rien, et voici tout ce qu'on observe.

Pendant l'état aigu, et surtout suraigu, quelques blennorrhagiens ressentent dans l'une ou l'autre aine un peu de sensibilité, qu'augmentent la pression et les mouvements. Si le médecin, après s'être fait indiquer le siége précis de cette sensibilité, y porte le doigt, il reconnaît que un ou plusieurs des ganglions du pli inguinal ont un peu augmenté de volume et sont légèrement sensibles à la pression.

Cette tuméfaction douloureuse dure huit ou dix jours, en diminuant, cessant, recommençant selon le cours de l'inflammation uréthrale, selon aussi que le malade modère ses

mouvements, garde un repos absolu ou au contraire se fatigue beaucoup.

Finalement lorsqu'aucune autre cause locale ou générale n'entretient ou n'aggrave cet engorgement purement sympathique, il disparaît constamment et l'on peut ajouter spontanément; car quoique le repos, les bains, quelques cataplasmes émollients exercent une influence incontestable pour hâter la résolution de ces légères adénites, il est non moins incontestable que, sans aucun agent thérapeutique et par le seul fait du décours de la phlegmasie uréthrale, elles disparaissent toujours, rapidement et complétement.

Cette notion sur l'absence du bubon blennorrhagique mérite d'être vulgarisée : d'abord parce qu'elle est juste; puis aussi parce qu'elle est des plus rassurantes pour les malades ; enfin parce que, en dissipant l'une des objections jadis élevées contre la médication abortive de l'uréthrite, — qu'on accusait de produire des bubons, — elle contribuera à encourager nos confrères à tenter plus volontiers cette méthode.

Prostatite et Cowpérite.

Ces lésions diffèrent étiologiquement des précédentes en ce qu'elles ne procèdent pas exclusivement de l'inflammation. Bien qu'elles se manifestent le plus souvent pendant la période aiguë de la blennorrhagie, elles peuvent, en effet, coïncider aussi avec un écoulement chronique; et d'autre part, on les voit, chez quelques sujets, réapparaître à chaque nouvelle blennorrhagie, quelle qu'en soit l'intensité, quel qu'en soit le degré d'acuité, ou survenir chez des individus qui, durant une blennorrhagie précédente, ont été atteints de cystite ou d'épididymite. L'influence *blennorrhagique* et ce que j'ai appelé l'influence *individuelle* jouent donc toutes deux un rôle dans la pathogénie de ces lésions.

Prostatite. — Le malade attribue ordinairement à la fatigue,

à un excès de marche, la douleur, la sensation de poids qu'il éprouve au périnée. Mais parfois c'est là une méprise ; a prostatite a éclaté spontanément, et c'est parce que la marche était déjà douloureuse que le malade juge qu'il a marché avec excès. Bientôt le ténesme anal et vésical, la constipation, la difficulté d'uriner et d'aller à la selle, la vive douleur locale qui accompagnent ce dernier acte, appellent l'attention sur le périnée ; et l'on y constate une tuméfaction profonde, sensible à la pression, située sur la ligne médiane. Le diagnostic, dès lors, n'est plus douteux.

Il n'est guère besoin, et je ne conseille pas de le compléter par le toucher rectal. Outre la souffrance que cause cette manœuvre, elle peut déterminer une orchite[1].

La prostatite augmentant, la fièvre s'allume ; le malade incapable du moindre mouvement, reste non-seulement couché, mais, au summum d'intensité, immobile dans son lit, la figure anxieuse : une rétention complète d'urine peut alors s'établir ; heureusement, il est facile d'y mettre fin à l'aide de la sonde molle à béquille, introduite très-lentement.

Traitement. — Dès qu'on a constaté l'existence ou même l'imminence d'une prostatite, il faut, d'abord, suspendre l'emploi des injections et du copahu ; en même temps modérer la marche, interdire l'équitation.

Si le malade est docile, on réussit souvent, en s'y prenant à temps, à faire avorter l'inflammation par le repos complet durant deux jours, les cataplasmes, les frictions avec une pommade belladonée, et quelques quarts de lavements émollients.

A une période plus avancée ou à un plus haut degré, n'hésitez pas à appliquer huit sangsues, bien exactement sur le point le plus sensible à la pression : un bain, ou un bain de siége après la chute des sangsues, puis repos et cataplasmes arrosés d'huile de morphine, boissons délayantes ; quarts de

[1] J'en ai vu un exemple incontestable, dont le souvenir me restera toujours présent.

lavement, matin et soir, avec six gouttes de laudanum; ou si l'introduction et le séjour d'une aussi grande quantité de liquide est difficile à supporter, injection dans l'anus de quinze grammes d'huile de morphine ou de belladone.

Grâce à ce traitement, l'inflammation ordinairement diminue peu à peu pour s'éteindre au bout de dix ou douze jours. Durant son déclin, il ne faut permettre que le moins de mouvements possible; maintenir le ventre libre par de doux purgatifs salins (un ou deux verres de limonade de Rogé ou d'eau de Pullna, tous les deux jours) et frictionner l'engorgement, matin et soir, avec la teinture d'iode. S'il survient une reprise d'inflammation subaiguë, un vésicatoire volant mis sur la tumeur peut la conjurer.

Quelquefois, au contraire, mais plus rarement, on observe, au bout de dix jours, une sorte de détente des phénomènes inflammatoires, mais sans diminution de volume de l'engorgement et sans que la défécation et la miction deviennent plus faciles. A ces signes, à la sensation de pulsations dans la tumeur, à l'apparition de quelques frissons on reconnaît que du pus est en voie de se former. Il faut, dès lors, explorer très-attentivement le périnée et se tenir prêt à y faire une ponction avec le bistouri dès qu'on y sent de la fluctuation. Grâce à cette intervention, aussi hâtive que possible, on préviendra le plus souvent l'ouverture de l'abcès dans l'urèthre ou dans le rectum. Cette terminaison, d'ailleurs, quoique moins favorable que l'issue du pus à l'extérieur, n'entraîne pas ordinairement de conséquences fâcheuses. Qu'elle ait eu lieu spontanément ou par le fait du cathétérisme, la perforation de la paroi uréthrale se cicatrise presque toujours avec une facilité, une promptitude remarquables; et les cas de fonte purulente de toute la glande, de fusées étendues vers le périnée, du côté du rectum, avec complication de péritonite sont, heureusement, tout à fait exceptionnels.

Cowpérite. — Au siége près, l'histoire de la cowpérite

(inflammation des glandes de Cooper, qui sont du volume d'un petit pois, situées au-dessous de la portion membraneuse de l'urèthre, de chaque côté de la ligne médiane) est, sous les rapports principaux, celle de la prostatite. A la même période de la blennorrhagie, soit spontanément, soit à la suite de contusion, de fatigues, notamment de l'équitation, d'excès de coït, d'injections forcées, il apparaît dans la région du bulbe, plus souvent à gauche qu'à droite, parfois des deux côtés, une petite tumeur ovoïde. A son début elle tient au canal, et par conséquent, la peau est mobile sur elle. L'inflammation y parcourt ses phases accoutumées : et vers la fin, un empâtement étendu dissimule la tumeur primitive. La peau devient adhérente, rouge, s'amincit. Enfin, l'ouverture se fait le plus souvent à l'extérieur, quelquefois en dedans de l'urèthre.

On met en œuvre les mêmes médications que pour la prostatite, et dans le même ordre. Un seul point mérite attention. Quand l'abcès s'est ouvert dans l'urèthre, l'urine entrant dans le foyer peut donner lieu à une stagnation, à des infiltrations, des décollements parfois assez longs à guérir. Il est donc indiqué : 1° de faire d'emblée, une incision à la peau aussitôt qu'on sent une fluctuation distincte ; 2° de faire aussi cette incision à la peau, si l'évacuation du pus qui s'est fait jour par l'urèthre, paraît s'opérer difficilement ; 3° enfin, même lorsque le foyer se vide bien dans l'urèthre, si sa guérison souffre des lenteurs, de pratiquer l'incision extérieure, à titre de contre-ouverture. La prostatite mérite d'autant plus d'être traitée activement que, négligée et passant à l'état chronique, elle peut devenir le point de départ d'une tuberculisation, ou tout au moins d'une dégénérescence caséeuse de l'organe.

Cystite.

Quoique entièrement passée sous silence par plusieurs auteurs classiques, cette complication de la blennorrhagie uré-

thrale est des plus importantes à étudier. D'abord, elle est la plus fréquente de toutes : elle frappe au moins un blennorrhagien sur quatre, dans ma pratique actuelle[1]. En second lieu, elle est cause de l'un des inconvénients les plus incommodes de la blennorrhagie, la dysurie. Enfin, elle entrave la guérison en mettant obstacle, tant qu'elle dure, à l'emploi des médications anti-blennorrhagiques réellement actives.

L'histoire de la cystite blennorrhagique n'est rien moins que faite, et, pour celui qui l'entreprendra, elle ne sera rien moins que facile à mener à bien. Et d'abord, est-ce une cystite? Est-ce une inflammation?... A voir la rapidité avec laquelle elle débute et parfois atteint son maximum — l'absence de fièvre durant ses périodes même les plus aiguës — parfois l'absence, et parfois l'absence complète, pendant son cours entier, de toute sécrétion catarrhale ou purulente, on se demande si elle n'est pas plutôt un spasme, une contracture, si le nom de *cystalgie* ne lui conviendrait pas mieux que celui de cystite?

Mais en y regardant de plus près, on découvre dans la pathogénie des divers cas de cette singulière affection des différences telles que, si l'on veut rester dans le vrai, il vaut mieux conserver l'ancienne dénomination, en réservant la précédente à certaines variétés déterminées. En effet, ainsi que j'ai eu occasion de le dire plus haut, la cystite qui survient durant le cours d'une blennorrhagie peut être produite par plusieurs causes très-distinctes ; et c'est justement en raison de la diversité de son étiologie que sa symptomatologie paraît complexe et obscure.

[1] Je dis avec intention « dans ma pratique *actuelle*, » car, depuis trente-deux ans que j'exerce, le nombre proportionnel des cystites compliquant la blennorrhagie a manifestement augmenté. Comme d'autre part le traitement de la blennorrhagie est devenu, de nos jours, beaucoup moins perturbateur, je ne peux m'expliquer cette multitude de cystites, que par l'usage, de plus en plus répandu chez les jeunes gens, de la chemise de flanelle, qui leur donne un degré, jadis inconnu, d'impressionnabilité aux causes extérieures d'irritation, pour la vessie, comme pour les amygdales et les bronches.

La cystite peut être causée par une injection. Il est peu de personnes faisant un usage habituel d'injection uréthrale, qui n'aient quelquefois éprouvé, dès qu'elle a pénétré l'arrière-canal, des envies d'uriner irrésistibles et réitérées. Or, ce ténesme se dissipe ordinairement au bout d'une heure à une heure et demie. Mais, il peut persister. En 1836, étant atteint depuis trois mois d'une deuxième blennorrhagie, je sentis, immédiatement après une injection d'*eau*, cet accident. Il fut suivi de tous les symptômes d'une cystite bien caractérisée qui ne céda qu'au bout de six mois.

Dans de tels cas, évidemment l'injection n'est qu'une cause occasionnelle; car pour *une seule* injection d'*eau*, on n'aurait pas de cystite si l'on n'avait pas en même temps de blennorrhagie. Mais des injections plus irritantes, réitérées, des excès de coït, des érections prolongées, le cathétérisme, un refroidissement peuvent, à eux seuls, amener la cystite.

Par le fait, on la voit souvent se produire sous l'action de causes de cet ordre, et les vieux auteurs la leur attribuaient même exclusivement. Pour eux, un excès, une fatigue, un coup de froid, ayant eu lieu avant l'apparition de la cystite, étaient en quelque sorte un précédent obligatoire; ils étaient de rigueur : lorsqu'on ne s'en souvenait pas, on les supposait.

L'observation moderne, plus éclairée, est devenue plus impartiale. On sait maintenant que, chez les blennorrhagiens, la cystite éclate, non pas quelquefois mais le plus ordinairement, en l'absence de toute influence de ce genre, au milieu de la vie la plus régulière, du régime le mieux surveillé, au moment où le malade ne faisait pas usage d'autres remèdes que de boissons délayantes. En d'autres termes, chez la plupart de ceux de nos clients sur qui elle vient à sévir, la cystite apparaît plutôt comme une des phases régulières du mal que comme un épiphénomène imprévu : en un mot, on peut bien, dans le langage médical, lui conserver le nom

d'*accident*, mais dans le sens usuel elle ne mérite point ce nom ; à peine est-elle un *incident*.

Notons, enfin, que lorsqu'elle a existé durant le cours d'une blennorrhagie, il y a beaucoup de probabilités qu'elle réapparaîtra à chaque blennorrhagie ultérieure.

Donc, jamais avant le quinzième jour, le plus souvent vers la fin du premier mois, le blennorrhagien sent ses envies d'uriner devenir à la fois *plus fréquentes et plus pressantes ;* et, en finissant d'y satisfaire, il éprouve comme un besoin instinctif de *pousser avec force, à plusieurs reprises, les dernières gouttes d'urine*. Voilà le tableau abrégé, et cependant complet, de la cystite blennorrhagique. Ajoutons que l'on ressent une légère cuisson au méat, et qu'on a la sensation presque continuelle d'une goutte d'urine prête à sortir. En trois ou quatre jours, souvent plus tôt, la maladie a atteint son maximum.

Mais si ces trois signes s'observent chez tous les malades, leur intensité ainsi que leur durée offrent, selon les cas, des différences aussi tranchées que nombreuses. Tandis que souvent tout se borne à un malaise supportable qui s'éteint presque spontanément, au bout de douze ou quinze jours, chez d'autres sujets, les besoins d'uriner se rapprochent au point de revenir tous les quarts d'heure, et la contracture du col vésical, qui accompagne la miction provoque des douleurs extrêmes ainsi que l'émission d'un peu de sang, qui sort *en même temps que les dernières gouttes d'urine*. (Ceci est caractéristique : dans l'hémorrhagie, d'ailleurs sans importance par sa quantité, qui accompagne toute cystite blennorrhagique un peu intense, le sang ne se mêle intimement ni avec la matière de l'écoulement, ni avec l'urine[1].)

[1] Cette exhalation sanguine est une des formes de l'*urétrorrhagie*, dont quelques auteurs semblent faire une entité morbide, en la décrivant à part comme une des *complications* de la blennorrhagie. Pour moi, bien loin d'écrire un chapitre spécial sur l'urétrorrhagie, je dirai seulement que, durant une blen-

La situation des malades atteints à ce degré paraît parfois, à un certain moment, déplorable, menaçante même. Le ténesme s'étend au périnée, à l'anus ; les reins, l'hypogastre, les cuisses et les aines participent à l'endolorissement du point de départ ; des crampes, des spasmes, une soif vive, le grippement de la face peignent la souffrance la plus vive. L'*envie d'uriner*, qui, à l'état normal, n'apparaît que de temps en temps et sans douleur, est devenue une sorte de pesanteur et de cuisson continue, dont on sent qu'on ne se débarrassera qu'en urinant ; et l'on sait aussi qu'uriner sera une autre souffrance moins longue, mais plus vive. Mais, chose remarquable ! tout se borne à une excitation purement nerveuse ; l'insomnie, les souffrances, les efforts extrêmes que causent ces micturitions incessamment renouvelées, suffisent à tout expliquer ; et, au milieu d'angoisses, d'agitation, de plaintes, qui semblent annoncer une maladie aiguë arrivée à son dernier terme, il n'y a pas de fièvre ou il y en a à peine. — Trouvez un moyen (et il en existe) de calmer ce quasi moribond, et ce soir il va dormir sa nuit complète, et demain il mangera ses deux côtelettes !

L'urine a quelquefois sa couleur et sa limpidité normales ; dans d'autres cas, elle contient une matière semblable à du blanc d'œuf, qui flotte d'abord au milieu du liquide et finit par se déposer au fond du vase auquel elle adhère parfois (dépôt catarrhal).

norrhagie uréthrale, il peut sortir du sang par le canal dans quatre cas distincts : 1° Quand la blennorrhagie est suraiguë : alors le sang est *combiné à la sécrétion purulente*. 2° Pendant les érections forcées, et notamment quand le malade a *cassé la corde*, en redressant violemment le canal courbé par l'érection : alors, il coule du sang pur dont on arrête l'effusion en restant couché et en tenant la verge élevée, entourée de linges mouillés d'eau glacée. En cas d'hémorrhagie persistante, comprimer le canal par un cathéter métallique introduit dans l'urèthre, et une bande de caoutchouc roulée autour de la verge. 3° A la suite d'une injection caustique de nitrate d'argent : alors le sang sort mêlé, mais non combiné avec l'urine, et il sort *dès le commencement* de l'émission de l'urine ; ce qui distingue ce cas du quatrième, à la suite de cystite, où le sang ne commence à couler qu'à la fin de la miction.

Cette affection peut se prolonger, même à l'état aigu, plusieurs semaines. Le plus souvent elle se termine par une guérison complète. Mais si le sujet est âgé, ou atteint de diathèse herpétique ou rhumatismale, s'il existe un rétrécissement, si ce n'est pas la première atteinte de cystite, le mal peut devenir chronique, se transformer en une véritable inflammation du corps de la poche urinaire, devenir quelquefois une infirmité définitive. On cite même des exemples de pyélite et de néphrite consécutives à une cystite blennorrhagique.

Un homme affecté d'hypertrophie sénile de la prostate et de la dysurie spéciale qui en résulte souffre cruellement, s'il vient à contracter une cystite blennorrhagique. La cystite lui causant de pressantes envies d'uriner et l'hypertrophie prostatique l'empêchant d'y satisfaire, on peut se former une idée du supplice qui s'en suit. Là où le cystipathe ordinaire se lève huit ou dix fois par jour pour uriner, c'est à se sonder huit ou dix fois que le cysti-prostatifère est condamné. J'ai vu de cette affreuse complication deux exemples qui ne s'effaceront pas de ma mémoire. Heureusement, l'âge des hypertrophies prostatiques n'est point l'âge des blennorrhagies.

Que devient, pendant la cystite, l'écoulement uréthral? Règle générale, il diminue, et, en général, au moins des trois quarts; et cela dès le premier jour de l'invasion. Et règle générale aussi, il reparaît à mesure que la cystite décline et se dissipe ; si bien qu'il n'y a espoir d'une guérison complète et définitive de la cystite, que lorsque l'écoulement est revenu. Presque jamais, toutefois, il ne revient ni aussi abondant, ni accompagné d'autant d'inflammation qu'il l'était auparavant ; car, outre l'influence dérivative qu'exerce la cystite, le temps, pendant qu'elle dure, a fait son œuvre, et le processus phlegmasique s'est apaisé.

J'ai, quelquefois, vu la sécrétion uréthrale qui s'était supprimée, ne reparaître pas ou ne reparaître qu'à peine. Les malades, dans ce cas, ont ainsi obtenu la guérison spontanée

de leur écoulement ; mais je la trouve payée un peu cher, puisque, pour la plupart, ils restent alors atteints de cystite chronique ou d'une tendance fâcheuse à des répétitions de cystite subaiguë à l'occasion du moindre écart de régime. Cette terminaison, d'ailleurs, est rare.

J'examinerai, plus loin, la coïncidence et les alternances de la cystite avec l'épididymite.

Traitement. — La cystite blennorrhagique peut, je l'ai dit, naître sous l'influence de différentes causes, lesquelles agissant séparément ou s'unissant, produisent chacune la nuance qui donne à chaque ordre de cas sa physionomie spéciale. Ce qui démontre le mieux cette nature variable et complexe de la maladie, c'est encore, selon l'adage Hippocratique, son traitement, ou, pour parler plus clairement, son impressionnabilité aux divers agents thérapeutiques. En effet, cette affection n'a pas un spécifique, elle en a plusieurs, et tous éprouvés par des succès ; mais tous aussi, notons-le, éprouvés par des insuccès. Je m'explique :

Pas n'est besoin de porter le nom de spécialiste, il suffit d'être arrivé à un certain âge pour avoir vu célébrer une foule de remèdes contre la cystite. En assistant à ce défilé d'antidotes, tous donnés comme certains et successivement remplacés par un nouveau (ce dernier seul infaillible), le praticien ordinaire croit juger sainement — et il ne s'en prive point — en concluant que, sans exception, tous les auteurs de ces arcanes divers se sont trompés ou ont voulu tromper.

Mais quand on a vu beaucoup, on ne tarde pas à apprécier autrement la cause qui rend si dissemblables les éditions successives de nos formulaires. Moi-même, parfois, j'ai mis la main sur des remèdes que, les voyant admirablement réussir trois, quatre, six ou huit fois, je n'hésitais pas à proclamer spécifiques de la cystite blennorrhagique. Puis, venaient les déceptions, les échecs, et il en fallait rabattre ; et — n'habitant point Paris, n'étant, par conséquent, enchaîné par aucune

position professorale ou doctrinale — je rabattais sans effort et sans réserve.

Eh bien! ce qui m'arriva est arrivé à tous les inventeurs. S'ils sont sincères, ils le reconnaîtront; et, s'ils veulent tirer de leurs mécomptes le seul profit que comporte le culte loyal de la science, ils en déduiront avec moi la conséquence que :

Comme des quatre médications qui possèdent une efficacité réelle contre la cystite blennorrhagique, chacune reste impuissante chez quelques sujets, alors qu'elle réussit bien chez d'autres, cela conduit à penser que la maladie ne doit pas, chez tous, être la même.

Sans doute, pour transformer cette présomption en certitude, il faudrait pouvoir discerner les formes morbides qui indiquent telle médication de préférence à telle autre : ce serait à la fois logique et pratique. Mais la science — la mienne, du moins — quoique engagée depuis quelques années dans cette voie, n'y est point, je le reconnais, assez avancée pour permettre d'établir *a priori* d'aussi sûres déterminations. Je vais donc simplement tracer les règles usuelles du traitement tel que je l'applique.

Avant tout, avant de chercher les moyens de supprimer le mal, il faut prévoir le cas où ces moyens tarderaient à agir, et, en attendant, empêcher le malade de souffrir. Dans ce but, on doit tenir les urines constamment à l'état le plus liquide possible, ce qui s'obtient par l'usage en abondance d'une boisson délayante.

Cela fait, nous avons en présence quatre médicaments dont chacun, parfois, enlève, en quelques jours, à la cystite son acuité. — Ce sont les narcotiques, les révulsifs, les balsamiques, la glace. Je ne parle pas des sangsues, des cataplasmes et lavements émollients, des bains; moyens insuffisants, si on les emploie seuls, mais actifs auxiliaires de toutes les médications, dans tous les cas.

Les narcotiques et les révulsifs étant toujours utiles et ne nuisant jamais, je commence, en général, par eux. Voici, par conséquent, ma première prescription pour une cystite blennorrhagique :

N° 18. — « Boire, trois ou quatre fois par jour, un grand verre de tisane de graine de lin émulsionnée ou d'orgeat [1].

« Au cas où les envies d'uriner deviendraient plus fréquentes, doubler momentanément cette quantité de boisson.

« Appliquer, au bas des reins, un emplâtre stibié, de 12 centimètres. Ne l'ôter que lorsqu'il aura fait sortir quelques boutons.

« Résister à l'envie de pousser fortement les dernières gouttes d'urine [2]. »

« Délayer, dans trois des verres de tisane qu'on prend par jour, la poudre de l'un des paquets suivants :

Poudre de sucre.	15	grammes.
— de feuilles de jusquiame. . .	2	»

Mêlez et divisez en 20 paquets.

Ceci est la narcotisation lente, insensible, qu'on obtient également par les onctions au périnée avec une pommade belladonée, ou un suppositoire contenant de 1 à 2 décigr. d'extrait de belladone.

Mais si la douleur résiste et presse, je ne crains pas de porter la dose jusqu'à un commencement d'effet toxique, soigneusement surveillé. Ainsi :

N° 19. — « Pendant une matinée, et à jeun, boire toutes les demi-heures, une cuillerée à bouche de :

[1] A remplacer, à volonté, par l'infusion de mauve et feuilles d'oranger, de queues de cerises, par la décoction de pariétaire, de marcantia ou même par de l'eau d'Évian ou de Contrexéville.

[2] Cette dernière précaution a constamment une heureuse et immédiate influence sur les ténesmes et sur l'exhalation sanguine, laquelle, comme on le sait, ne se produit que lors de l'expulsion forcée des dernières gouttes. Il faut donc multiplier les recommandations propres à bien faire comprendre au client l'importance de cette règle, ainsi que les moyens de l'exécuter.

Infusion de 3 grammes de feuilles de jusquiame dans 100 grammes d'eau bouillante.

« On cesserait d'en boire si, avant d'avoir terminé la dose ci-dessus, on sentait la bouche sèche, et un peu d'assoupissement[1]. »

J'ai, par ce moyen, en quelques heures, presque toujours soulagé et quelquefois guéri des cystalgies extrêmement douloureuses.

La glace est un autre agent très-efficace. Elle est surtout avantageuse quand la cystite s'accompagne d'engorgement prostatique, de pertes séminales, de ténesme anal. Elle ne serait contre-indiquée que par une disposition hémorrhoïdaire habituelle. Le froid, inopportunément appliqué dans ce cas, pourrait, en réprimant la congestion locale salutaire, causer des accidents ultérieurs graves dont le médecin aurait à supporter moralement la responsabilité. — On laisse fondre, dans la bouche ou dans la main, un morceau de glace oblong, afin d'en faire disparaître les aspérités; puis on l'introduit dans le fondement, comme un suppositoire. On en met ainsi successivement 2, 3 ou 4 à 20 ou 30 minutes d'intervalle. J'avais, autrefois, conseillé de pousser d'abord dans le fondement un condom, afin de pouvoir les introduire sans difficulté et sans douleur.

Quant aux balsamiques, il est banal de prescrire, contre la cystite, l'eau de goudron, l'infusion ou le sirop de bourgeons de sapin, le baume de Tolu ou du Pérou, etc. J'ai obtenu de meilleurs, sur moi-même d'excellents et prompts effets, d'un bol de térébenthine de Venise, avalé, soir et matin, enveloppé

[1] Ceci, bien entendu, ne doit être fait qu'un seul jour. On le répéterait cependant le lendemain, et en élevant la dose de jusquiame à 4 ou 5 grammes, si l'effet semi-intoxicatif avait fait défaut. On le répéterait également, mais seulement au bout de quelques jours, si, à ce terme, l'amélioration d'abord obtenue s'était démentie. — Une tasse de café mettrait ordre aux accidents auxquels on pourrait s'exposer si l'on continuait trop longtemps le remède, malgré l'avertissement donné par les premiers symptômes d'intoxication.

dans de l'hostie. Dans cet ordre de remèdes, il s'en trouve un très-vanté et qui mérite en grande partie sa réputation, c'est la potion de Chopart. Mais nul mieux que lui ne justifie ce que je disais tout à l'heure de la faillibilité de certains médicaments réputés infaillibles. Assurément la potion de Chopart, administrée à la dose de deux à quatre cuillerées par jour contre la cystite aiguë, fait souvent et très-vite cesser les douleurs, les ténesmes.

Mais assez souvent aussi, je l'ai vue être complétement impuissante. En conséquence, je recommande de l'employer si les narcotiques n'ont pas donné de résultats au bout de trois jours, mais en observant de ne pas la continuer elle-même au delà de trois jours, si, à ce terme elle n'a pas produit une amélioration appréciable [1]. Je conseillerais même de s'en abstenir entièrement s'il s'agissait d'une cystite développée pendant la période suraiguë d'une blennorrhagie.

Ceci me conduit à une question toute différente, et qui ne se pose pas uniquement entre médecins :

« Durant le cours d'une cystite, faut-il essayer de *couper* la blennorrhagie? » Écartons d'abord les injections qui, par leur action directe, pourraient aggraver l'irritation du col. Quant aux anti-blennorrhagiques internes, je sais bien que si l'on voit assez souvent la cystite se déclarer lorsqu'on commence à les employer, c'est parce que la période de la blennorrhagie où il est usuel et rationnel de les employer est justement celle où la cystite survient le plus fréquemment. Mais cependant j'ai été, je reste frappé de certains faits où la simultanéité de l'acte médicateur et de l'apparition de l'acte morbide me firent entrevoir plus qu'une coïncidence. Je me rappelle, entre autres, un brave homme dont la blennorrha-

[1] Depuis quelque temps j'associe avec avantages l'action des narcotiques à celle des balsamiques, en employant une potion de Chopart modifiée, dans laquelle je remplace les 60 grammes d'eau de menthe, que contient la potion classique, par une infusion de 2 grammes de feuilles de jusquiame dans 60 grammes d'eau. On aromatise avec l'essence de menthe.

gie, coulant paisiblement depuis trois semaines, n'était pas encore tout à fait mûre, et qui, ayant commencé, — sur sa demande, fort heureusement pour moi — à prendre 1 gr. de cubèbe à 3 h. du soir, eut, à 7 h., l'invasion comme foudroyante d'une cystite qui dura deux mois à l'état aigu ! Et je me dis : « En pareil cas le médecin peut bien être absous par la science; mais devant l'opinion il sera certainement responsable. » — La science d'ailleurs serait-elle entièrement fondée à l'innocenter? Si la blennorrhagie cesse, en général, dès que la cystite commence, je sais qu'on attribue cela à une influence révulsive de la seconde exercée sur la première. Mais est-ce bien sûr? Voit-on, dans ce cas, une autre affection, *non fébrile*, de même intensité, une pleurodymie, une conjonctivite, un violent coryza, par exemple, supprimer l'écoulement uréthral aussi vite et aussi complétement? Ces affections ont-elles même sur l'écoulement une influence appréciable?... Non : et cette différence justifie bien au moins un doute sur la légitimité de l'aperçu pathogénique, accrédité chez quelques auteurs, qui déclare sans danger pour la vessie les tentatives de suppression du flux de l'urèthre.

D'ailleurs, en considérant les choses au point de vue pratique, est-on, pendant la cystite, dans de bonnes conditions pour *couper* l'écoulement?.. Non. Il est peu copieux à ce moment, je l'avoue, mais il n'est pas réellement *mûr*. Sitôt la cystite passée, il va augmenter. Vous agiriez donc alors sur un principe morbide dont la manifestation présente est faible, mais qui, demain peut-être, bientôt à coup sûr, doit se développer à nouveau. Ignorant le degré d'intensité qu'il possède actuellement, comment vous y prendriez-vous pour proportionner la dose et la durée du remède aux exigences du cas? Attendez : laissez, après la cystite passée, l'écoulement librement reparaître; étudiez alors sa force, et ajournez encore, s'il le faut, ajournez autant qu'il le faudra la médication anti-blennorrhagique. Pour être plus tardive, son application n'en sera que

plus rationnelle et partant que plus fructueuse. — Faites-vous différemment? Voulez-vous profiter du moment où la cystite a réduit l'écoulement, pour combattre celui-ci par le copahu?... Oh! vous en aurez facilement raison; mais à mesure que les symptômes de la cystite disparaîtront, l'écoulement reparaîtra, lui; et malgré tous vos efforts médicateurs, il persistera, vous laissant le regret d'avoir usé vos meilleures armes pour n'obtenir qu'un triomphe éphémère. J'ai trop souvent vu, et éprouvé moi-même jadis, cette déception, pour ne pas signaler à mes confrères les conditions où elle les attend ainsi que le moyen de l'éviter.

En somme, la meilleure règle de conduite consiste, le malade étant muni d'une tisane délayante et d'un bon révulsif au sacrum, à essayer, l'un après l'autre et selon l'indication, les agents tirés des médications antiphlogistique, narcotique, sédative directe, dont je viens d'énumérer les moyens et de décrire l'emploi. Ne s'opiniâtrer systématiquement dans l'administration d'aucun d'eux, quelque rationnel qu'il puisse paraître, mais passer à un autre si le malade continue à souffrir; tel est actuellement, je l'avoue avec humilité, le dernier mot de la médecine en pareil cas.

Si la cystite devient chronique, on la traite par les préparations de térébenthine[1], les révulsifs profonds à l'hypogastre, aux lombes, au périnée, l'usage en boisson des eaux de Contrexéville, d'Evian; en boissons et en bains, d'Uriage, si un principe dartreux est soupçonné ou convaincu d'entretenir l'affection. — Les injections médicamenteuses dans la vessie, si efficaces contre les autres cystites, sont

[1] Voici une bonne préparation mixte : n° 20 : « Avaler, matin et soir, dans de l'hostie, gros comme un noyau de cerise de :

Térébenthine de Venise.	15 grammes,
Camphre.	1 »
Extrait de jusquiame.	15 centigr.

M. s. a.

contre-indiquées dans celle-ci, puisqu'elle a eu son origine dans une irritation du col, irritation que le contact de la sonde raviverait à coup sûr.

Épididymite et orchite.

Épididymite. — Un blennorrhagien, sur huit ou dix, sent tout à coup, mais jamais avant le quinzième jour, le plus souvent au déclin de l'état aigu de l'uréthrite, sent, dis-je, dans l'une des bourses, une douleur sous forme de pesanteur ; douleur qui débute, tantôt par le cordon spermatique, tantôt, et le plus souvent, par l'épididyme, mais qui, ordinairement, et en moins de vingt-quatre heures, s'étend à la fois à ces deux parties. Il ne peut se tenir debout et surtout marcher sans éprouver la gêne que donnerait une balle de plomb tirant sur le testicule, le cordon et les reins. A mesure que cette sensation augmente, la fièvre s'allume, l'appétit se perd, la langue devient saburrale ; il y a constipation ; les douleurs s'irradient dans le petit bassin, aux hanches, aux reins, en dedans de la cuisse ; la bourse, peu à peu, double ou triple de volume ; enfin, tel est le progrès constant de l'inflammation que, dans les cas même moyens, le malade, en moins de trois jours, se voit obligé de s'aliter.

Le caractère de cette blennopathie étant d'affecter toujours l'épididyme avant le testicule (qui n'est pris qu'exceptionnellement et n'est jamais pris que consécutivement), c'est poser le diagnostic que découvrir l'engorgement de l'épididyme. Pour y parvenir même lorsque cet engorgement n'a encore qu'un faible volume, voici comment on s'y prend. Placé du côté droit du malade, s'il se sert de la main droite, le médecin tenant cette main en demi-pronation, forme avec les doigts d'une part, et le pouce de l'autre, comme les deux branches d'une pince à sucre. Saisissant alors entre ces deux branches et par ses deux faces

le testicule, qu'il reconnaît à sa mollesse, il fait glisser lentement le pouce et les doigts d'avant en arrière, jusqu'à ce qu'ils rencontrent un corps allongé, dur, douloureux à la pression : c'est l'épididyme engorgé. Au début du mal, il a à peine doublé de volume ; mais en deux ou trois jours, il grossit au point que, tandis que, à l'état normal, le testicule coiffe et masque l'épididyme, c'est alors le testicule qui se dissimule et se perd dans l'épididyme tuméfié, lequel le déborde de toutes parts.

A ce degré, d'ailleurs, les autres membranes du scrotum participent assez ordinairement au gonflement inflammatoire ; le tissu sous-cutané s'œdématie ; la peau elle-même devient rouge et tendue. Le cordon spermatique qui, s'il n'a été le point de départ de l'inflammation, en est bien vite atteint, peut être suivi par la palpation dans l'aine et jusqu'au-dessus de l'anneau inguinal interne, sous forme d'un cordon dur et douloureux. Tel est même quelquefois le grossissement du cordon que, serré dans le canal inguinal, il donne lieu, par la compression qu'il subit, à tous les symptômes de l'étranglement, vomissements, lipotymies, etc.

Ainsi la bourse du côté affecté a un volume toujours considérable ; mais toute cette masse n'est pas constituée par de l'engorgement. Une partie de la tumeur provient d'un épanchement liquide contenu dans la tunique vaginale. Rien de plus variable que la quantité, que la coloration, que le mode de sécrétion de ce liquide, que sa présence même ; car il est loin d'exister dans tous les cas. Le plus souvent il n'y a que douze à vingt grammes d'une sérosité citrine, ce qui exclut l'idée d'une *vaginalite*, et rapproche cette hypercrinie du mécanisme des hydropisies dites passives[1].

[1] A moins d'une grande habitude, constater s'il y a du liquide est souvent très-difficile, à cause de sa faible quantité et à cause aussi de la mollesse rénitente du testicule, laquelle, simulant à s'y méprendre la fluctuation, fait souvent croire à la présence d'un épanchement qui n'existe pas. Pour porter ce diagnostic, il faut,

Traitement. — Le traitement de l'épididymite, comparé à celui de la cystite, justifie parfaitement le jugement de notre fabuliste sur les dangers *du Trop d'expédients.*

N'en ayons qu'un; mais qu'il soit bon.

Tandis que, pour la complication précédente, on hésitait entre quatre ou cinq spécifiques, ici il n'y en a qu'un, mais excellent; et plus qu'excellent, nécessaire. Traité par les sangsues, le repos au lit et les cataplasmes émollients, un épididymique est soulagé en douze heures, délivré de toute douleur en une semaine. Refuse-t-il ce traitement? Il souffre au moins cinq jours et ne pourra reprendre ses occupations avant trois semaines pour le moins.

Malheureusement, le malade à qui on pose cette alternative n'est pas toujours, à ce moment, assez souffrant pour accepter sans hésitation le conseil qui en découle. S'il ne sent encore qu'une pesanteur en marchant, pesanteur que le repos de la nuit atténue assez pour lui permettre de travailler, il ne consentira pas volontiers à garder immédiatement le lit; il voudra d'abord essayer d'autres remèdes moins assujettissants : l'application de boue de rémouleur[1], le perchlorure

de la main gauche en supination, saisir la bourse malade entre les bords cubital de l'indicateur et radial du petit doigt; avec ces deux doigts, attirer en arrière la peau de manière à donner à la partie du scrotum, qui vient faire saillie entre eux, en avant, le plus de tension possible. Le pouce de cette main se trouve ainsi commodément placé pour, en *concertant* avec l'indicateur de l'autre main, presser alternativement l'un et l'autre pour percevoir et produire tour à tour la sensation de fluctuation. — Voici un bon moyen de découvrir la plus petite quantité du liquide vaginal. La bourse étant amenée, comme je l'ai dit, à l'état de tension, pressez vivement, du bout de l'indicateur de la main droite, sur sa face antérieure : s'il y a une couche de liquide, le bout du doigt, après avoir senti qu'il l'écarte, sent qu'il tombe sur un corps plus dur (le testicule) : cette sensation de *choc* est pathognomonique. N'usez jamais de la lancette sans l'avoir bien nettement ressentie, professeurs qui voulez publiquement faire montre de votre tact clinique!

[1] Appliquée à nu sur le scrotum. Comme elle se dessèche très-rapidement, il faut y laisser tomber, de temps en temps, un peu de vinaigre.

de fer[1], la teinture d'iode[2], le nitrate d'argent[3], le collodion[4], etc.

Toutes ces médications peuvent suffire dans des cas légers; mais comme on n'a aucun moyen de discerner si un cas qui, à son début, parait léger, est tel parce qu'il doit rester léger, ou seulement parce qu'il n'en est alors qu'à son début, le médecin ne doit pas se faire trop longtemps le complice d'une temporisation le plus souvent irrationnelle. Si, après vingt-quatre ou trente-six heures au plus, les *petits moyens* n'ont rien fait, à plus forte raison, s'ils ont laissé le mal progresser, il faut qu'il pèse de toute son autorité pour décider son client à faire plus et mieux.

Voici, en ce cas, mon ordonnance très-impérative :

N° 21. « Appliquer bien exactement sur le cordon, au-dessus du testicule, six sangsues[5].

« Après la chute des sangsues, rester au lit quatre ou cinq jours, sans en sortir un seul instant, pour aucun motif, et en

[1] Barbouiller, toutes les trois heures, la partie malade avec un pinceau humecté de perchlorure de fer à 30°.

[2] Même mode d'application; mais, de peur de produire une irritation trop forte, n'employer d'abord la teinture d'iode qu'affaiblie, ainsi qu'il suit :

Eau distillée.	15	grammes.
Teinture d'iode.	8	»
Iodure de potassium. . .	2	»

[3] Trois ou quatre fois, à deux heures d'intervalle, appliquer sur la bourse malade un linge mouillé d'une solution de nitrate d'argent au 15e.

[4] Appliquer successivement trois couches de collodion ricin sur la bourse.

Le perchlorure de fer, la teinture d'iode, le nitrate d'argent n'agissent, n'ont d'efficacité qu'à la condition d'avoir irrité la peau. On doit donc en cesser l'application dès que cet effet est produit, sauf à la recommencer ensuite si le résultat thérapeutique a été insuffisant. On n'a pas la même faculté avec le collodion : mais, s'il irrite beaucoup et d'emblée, il a, par contre, l'avantage de servir comme excellent suspensoire en même temps que comme puissant révulsif.

[5] Six sangsues, placées exactement sur le point voulu, en valent douze ou quinze disséminées. — Une hémorrhagie, ennuyeuse plutôt qu'inquiétante, a quelquefois lieu. Si le malade et les assistants échouent dans leurs efforts pour l'arrêter, c'est qu'ils ont négligé d'enlever préalablement tous les caillots, afin de pouvoir porter l'agent hémostatique (le linge brûlé) directement sur la piqûre, où il faut le maintenir pendant quelques minutes pressé par le bout du doigt.

s'y tenant étendu et non assis, un traversin sous le jarret du côté malade.

« Dans cette situation, mettre, toutes les trois heures, un cataplasme de farine de lin assez large pour envelopper les bourses et s'étendre sur le cordon. Le recouvrir de coton ou de linges pour en conserver la chaleur. Tenir les bourses soulevées sur une serviette massée en forme de coussin et placée entre les cuisses[1].

« Un lavement, avec addition de 40 grammes de miel de mercuriale, tous les jours ou tous les deux jours. »

Quelques heures après la chute des sangsues, la douleur est notablement calmée. Mais le gonflement, au contraire, ne commence à diminuer qu'au bout de quelques jours. Quelquefois même il augmente après l'application des sangsues, si celle-ci a été faite dès l'invasion du mal. — Il faut prévenir le client de ces circonstances qui, si l'on se bornait à les lui expliquer après coup, seraient de nature à l'inquiéter.

Autre avis à ne pas omettre. Par suite de l'émission sanguine et du repos, l'inflammation ordinairement décroît, et elle décroît graduellement. Parfois, cependant, les choses ne vont pas ainsi. Assez souvent, bien certainement chez un malade sur huit, j'ai vu, malgré la plus stricte observance de l'hygiène spéciale, quoique le séjour au lit fût exactement continué, j'ai vu, dis-je, vers le quatrième ou cinquième jour, sans aucune cause appréciable, l'inflammation de l'épididyme reparaître avec presque autant d'intensité qu'avant l'application des sangsues. — Cette *récidive spontanée du cinquième jour* est, en pathogénie, un fait considérable, qui rapproche l'épididymite de l'arthrite blennorrhagique et montre que les accidents de cet ordre (ce qu'on appelait jadis les complications

[1] Quelques malades, au lieu de laisser les bourses reposer sur un coussin, les *relèvent* avec un linge fixé derrière les reins à une ceinture, puis ramené en avant. Il s'ensuit une compression légère mais continuelle de l'organe malade, condition défavorable à la résolution de l'inflammation.

de la blennorrhagie) jusqu'ici attribués à une cause accidentelle, à un effort, à un refroidissement ont, au contraire, leur origine dans une disposition particulière de l'organisme[1] : mais elle est non moins digne d'attention, en pratique; car, si le médecin la laisse venir sans en avoir prédit la possibilité, il peut être sûr qu'on l'imputera au traitement qu'il a institué.

D'autres fois, et alors qu'on s'y attend le moins, l'autre épididyme est envahi. Mais alors celui qui était malade éprouve de cette invasion de son congénère une influence telle que, quelqu'enflammé qu'il fût à ce moment, la douleur y cesse et le gonflement y diminue très-rapidement. Parfois tout ne se borne pas à un déplacement unique du processus morbide. L'échange continue, à plusieurs reprises, de l'un des épididymes à l'autre, réalisant ainsi la pittoresque appellation de Ricord, *épididymite à bascule*. Mais on remarque alors, comme d'ailleurs, pour la récidive du cinquième jour, que l'épididyme nouvellement envahi ne l'est jamais à un aussi fort degré que celui précédemment atteint, l'inflammation s'épui-

[1] A l'appui de cette thèse, je pourrais citer deux familles dans lesquelles les jeunes gens trois frères dans l'une, deux dans l'autre ont tous, immanquablement, à chaque blennorrhagie qu'ils contractent, une épididymite, et de la pire espèce, à répétition, à bascules, laissant à sa suite un endolorissement névralgique de l'épididyme, que réveille ou qu'empire le moindre écart de régime. Par contre, on voit journellement des blennorrhagiens demeurer exempts de cette complication, malgré toutes les causes qui semblent de nature à la faire naître. J'ai vu, moi, un commissionnaire, ayant gardé cinq ans une chaude-pisse, qui s'est souvent exaspérée, qu'il a *taquinée* par d'innombrables traitements; il n'a jamais porté de suspensoire; il traîne et soulève journellement les plus lourds fardeaux, et n'a pas eu d'épididymite. — Les sujets ainsi *marqués pour l'épididymite* ont, en cas de blennorrhagie, des précautions particulières à prendre. Ils doivent, outre l'usage régulier du suspensoire, tenir le ventre libre (plutôt à l'aide du régime et de doux minoratifs que par les lavements qui, en comprimant, irritant les canaux éjaculateurs, peuvent occasionner l'épididymite); éviter les longues marches, les efforts violents; et éviter également, comme tout aussi préjudiciables, d'après mon expérience, les mouvement légers, mais régulièrement répétés, tels que l'action de ramer, de clouer des caisses, de peigner des chèles, de toucher du piano, de piler, de repasser, etc.; s'ils font usage d'injections uréthrales, ne pas les pousser trop profondément; point de coït, et médication appropriée pour empêcher les pollutions nocturnes. Du reste, cette instruction prophylactique n'est pas seulement à l'adresse des individus prédisposés : il n'est pas un blennorrhagien qui n'ait à en faire son profit.

sant, pour ainsi dire, dans ces migrations successives. Aussi est-il fort rare, dans ma pratique, que je juge à propos de réitérer l'application de sangsues.

Un purgatif salin est presque constamment indiqué, du quatrième au sixième jour. Chez quelques malades, la propension aux récidives coïncidant avec un embarras gastrique et parfois étant sous la dépendance de cet état, ne peut être neutralisée que par un émétique, excellente remarque de mon collègue, M. Rodet. — L'épididyme reste toujours, pendant plusieurs mois, plus volumineux qu'il n'était auparavant. N'attendez donc pas qu'il soit revenu à l'état normal pour permettre au malade de se lever. Il suffit que l'organe ne soit plus, ou qu'il ne soit qu'à peine sensible à la pression, à l'influence des efforts, de ceux de la toux par exemple. Quand le mal en est à ce degré d'indolence, autorisez le patient à quitter le lit, à faire quelques pas dans la chambre, avec un suspensoir *à sous-cuisses*, un peu large, garni en dedans d'une couche de coton cardé. S'il n'a pas souffert de cet essai ; si, au bout de quelques heures, à la fin de la journée, il n'y a pas plus de douleur qu'au moment où il s'est levé, alors, le jour suivant il peut sortir, puis bientôt reprendre ses occupations.

La convalescence n'est pas toujours franche et graduelle ; à la suite de quelques imprudences il se produit non pas des rechutes à proprement parler mais un mouvement de recul. Dès que vous constatez quelque chose de semblable, n'hésitez pas à conseiller, à exiger encore deux ou trois jours de repos absolu avec les cataplasmes en permanence. Quelques topiques sédatifs et révulsifs peuvent à ce moment être utilement employés. Ainsi :

N° 22. — « Rester trois jours au lit, en appliquant, toutes les quatre heures, un cataplasme fait avec des oignons cuits à l'eau, puis écrasés, et auxquels on ajoutera assez de farine de lin pour donner la consistance molle.

« Toutes les fois qu'on renouvelle le cataplasme, étendre sur la partie malade un peu du mélange suivant : »

Extrait de belladone.	10 grammes.
Eau de laurier cerise, q. s. pour donner la consistance demi-liquide. Puis aj. chloroforme. .	6 »

Autre formule bonne pour les cas, assez délicats à discerner *à priori*, où l'on croit devoir autoriser le malade à marcher, malgré un reste de tendance au retour de l'inflammation.

N° 23.— « Tenir dans le suspensoire, et enveloppant les testicules, un linge plié en double, qu'on mouillera, toutes les trois heures, avec :

Décoction d'opium brut 10 grammes dans 120 grammes d'eau.

Ajouter chlorhydrate d'ammoniaque 18 grammes.

« Cesser cette application si, au bout de quelques jours, elle a donné aux bourses l'aspect et la sensibilité d'une peau qui s'entre-cuit pendant les chaleurs et par le frottement : ceci est l'indice d'un effet suffisant du remède.

« Il faut faire usage de bretelles. »

On obtient, au prix d'un peu plus d'incommodité, un effet résolutif plus prononcé de l'application de trois couches de collodion sur toute la bourse malade. Il faut, pendant six ou huit jours, en mettre, tous les matins une nouvelle couche par-dessus les anciennes, afin de les maintenir en place à mesure que, par l'effet du temps, elles tendent à se détacher.

Quelquefois, c'est dans le cordon que l'engorgement persiste, mais, presque toujours alors, seulement à l'état subaigu. Un vésicatoire volant, de 6 centimètres sur 2, mis bien exactement sur le trajet oblique qu'affecte l'engorgement, est le meilleur moyen et un moyen assuré d'en avoir raison.

Puis qu'il est question de remèdes efficaces j'omets volontairement les mouchetures du scrotum, jadis préconisées comme pouvant suppléer les sangsues. La déplétion sanguine

qu'elles fournissent est insignifiante et ne produit aucune amélioration. — A un autre point de vue, si quelque praticien veut, en ponctionnant le scrotum, prouver à son malade ou à ses élèves qu'il sait diagnostiquer un épanchement de la tunique vaginale, il est libre de se donner cette satisfaction ; mais je l'avertis qu'il n'en résultera pas le moindre soulagement. D'ailleurs, en général, de même que la collection liquide, après avoir été évacuée, ne tarde pas à se reproduire tant que dure l'état inflammatoire, de même aussi elle disparaît d'elle-même lorsque l'inflammation se dissipe. Il n'y aurait donc lieu d'intervenir par la lancette que si, exceptionnellement, un épanchement d'un certain volume persistait longtemps, trois mois, par exemple, après toute phlegmasie éteinte. On donne alors un coup de lancette ; mais ensuite, au lieu de retirer l'instrument, on le laisse dans l'incision en lui faisant décrire un quart de cercle, de manière à ce qu'il maintienne la plaie béante, afin de faciliter l'évacuation du liquide.

Je ne mentionne non plus que pour mémoire la pratique, jadis populaire, de chercher à *rappeler l'écoulement*. Mais si elle était dangereuse quand on se servait, pour atteindre ce but, du cathétérisme ou même de l'inoculation de pus blennorrhagique, elle est innocente et peut n'être pas sans efficacité quand on se borne à envelopper la verge d'un cataplasme très-chaud.

L'engorgement de l'épididyme survit presque constamment plusieurs mois, assez souvent plusieurs années, quelquefois toujours, sous forme d'un noyau dur, ayant le double du volume de l'organe normal. Si, dans la grande majorité des cas, cet état est indolent, ne gêne point la marche, n'entrave en rien les rapports sexuels, il peut, chez quelques personnes, devenir le point de départ soit de névralgies très-incommodes et particulièrement rebelles au traitement; soit, en

cas de syphilis coïncidante ou ultérieure, d'une albuginite spécifique. D'autre part, en se prolongeant à l'état chronique, l'épididymite produit, plus fréquemment qu'on ne le pensait autrefois, des oblitérations soit du canal déférent, soit de la queue de l'épididyme; et cette oblitération, qui parfois dure indéfiniment, peut causer des douleurs dans le testicule lors d'une érection prolongée et surtout mettre obstacle, quand elle est double, à la fécondation. La double perspective de névralgie et d'infécondité, si pénible pour les clients, et créant une si grave responsabilité au médecin, doit donc porter celui-ci à intervenir aussi activement que possible, et notamment à l'époque où le processus inflammatoire n'étant pas entièrement éteint laisse encore prise aux médications. Comme, à cette période, le malade souffre à peine, et que, en général, il lui tarde d'être débarrassé de tout traitement, il y a souvent lieu d'insister, en l'effrayant sur son avenir, pour lui faire accepter la continuation de soins, dont rien, dans le présent, ne lui démontre la nécessité.

Outre la prolongation d'un repos modéré, voici comment je pourvois pharmaceutiquement à cette indication :

N° 24. — « Prendre, matin et soir, une des pilules :

Calomel.	1 gramme.
Extrait de ciguë.	2 »

Pour 30 pilules.

« On double ou triple, tous les cinq jours, la dose pour produire une légère purgation.

« Faire *une* friction, un soir, sur l'engorgement avec gros comme une noisette de :

Onguent napolitain.	15 grammes.
Iodure de potassium.	15 décigrammes.

« Si le lendemain matin il n'y a pas eu d'irritation déterminée par cette friction[1] en faire une seconde. »

On peut aussi faire quelques applications rubéfiantes de chloroforme sur les points qui resteraient le siége d'une certaine sensibilité. Afin de mieux circonscrire cette application, je verse le chloroforme sur du coton dont j'ai rempli un dé à coudre, que je renverse ensuite sur l'endroit malade. — J'ai obtenu de beaux succès en promenant, pendant 25 à 30 secondes, le crayon de nitrate d'argent, préalablement mouillé, sur de petits engorgements, siége de névralgie persistante.

Orchite. — L'inflammation, sans abandonner pour cela l'épididyme, envahit quelquefois le testicule lui-même.

Cette complication, assez rare, et dont rien, à ma connaissance, ne peut ni faire prévoir ni expliquer la survenance, se dénote par deux signes : d'abord la modification de volume et surtout de consistance du testicule ; et en même temps le caractère tout nouveau que prennent alors les douleurs. Le malade est visiblement angoissé, il voudrait s'agiter (car le changement de situation apparaît instinctivement à tout être souffrant comme un remède efficace); mais le moindre mouvement augmentant la douleur, il se retient jusqu'à ce qu'une crise plus forte le pousse à remuer. Il gémit, crie, se lamente sans trève ; la bouche est sèche, la soif vive, nausées, demi-syncopes ; impossible à lui de parler d'une manière suivie, ni d'autre chose que de cette horrible torture. Fait-on mine de toucher à l'organe malade ? Il y porte la main pour le défendre et deviendra furieux si l'on insiste... *Quæque ipse!...*

Après quelques heures de crise, la douleur diminue, et *diminue d'elle-même*, sans cesser néanmoins entièrement. L'épine

[1] L'irritation cutanée ainsi obtenue va quelquefois jusqu'à la vésication, et la douleur est très-vive. Mais je recommande, nonobstant, ce moyen comme très-efficace. Constamment, après que l'irritation artificielle est terminée, on constate une diminution notable de l'écoulement.

est là ; il la sent et annonce que tout n'est pas fini. Profitons de ce répit pour examiner. Le testicule a à peine, même au summum et dans les cas graves, le double de son volume normal. Mais il est marroné, remarquablement dur et très-sensible au toucher. Au bout de deux ou trois heures, la sensibilité morbide se manifeste de nouveau par quelques élancements d'intensité croissante, et en un quart d'heure environ la douleur est redevenue la même, et dure comme précédemment 2 ou 3 heures.

Un des caractères les plus significatifs de cette douleur est que les cataplasmes émollients, chauds, qui soulagent incontinent celle de l'épididymite, l'aggravent, au contraire, elle : preuve certaine qu'elle est due à l'étranglement du parenchyme testiculaire qui, sollicité par l'inflammation à se gonfler, rencontre de toutes parts une barrière dans l'enveloppe inextensible que constitue l'albuginée. On comprend ainsi l'effet du cataplasme, puisque la chaleur concourt à augmenter cette expansion du parenchyme, qui est la cause réelle, la seule cause des souffrances.

En voulez-vous une autre preuve ? — et celle-là apportera le remède en même temps que la conviction : — l'application de la glace soulage immédiatement ; et cela si vite, si complétement, si radicalement que le traitement de l'orchite blennorrhagique est tout entier dans cette application.

Traitement. — Donc, dès que l'orchite est diagnostiquée, prenez deux vessies de porc ; mouillez-les ; agrandissez-en l'ouverture ; introduisez dans chacune deux ou trois morceaux de glace du volume d'un œuf ; chassez l'air ; ficelez l'ouverture de la vessie. Cela fait, prenez une serviette ou un grand mouchoir plié en cravate, et enroulez-le comme si vous vouliez en faire un nœud, mais sans le serrer ; vous avez ainsi un *rond* comme celui que les boulangers mettent sur la tête : cet appareil improvisé sert à contenir la vessie garnie de glace, que, sans cela, il faudrait tenir avec la main. Vous appliquez

ainsi une vessie en dessous, l'autre en avant du testicule.

En trois quarts d'heure ou une heure, la souffrance est calmée. J'en suis tellement sûr qu'il m'est arrivé, appelé auprès d'un client qui se tordait dans d'horribles souffrances, d'ordonner la glace, puis de partir pour un voyage de vingt-quatre heures, bien tranquille sur le résultat, qui ne fait jamais défaut, de cette médication.

Il se comprend de soi-même que la glace doit être renouvelée à mesure qu'elle fond ; que le médecin doit, par conséquent, veiller à ce qu'il n'y ait aucune interruption dans son emploi. On la laisse de vingt-quatre à soixante-douze heures, selon le degré de l'inflammation parenchymateuse, selon la période où celle-ci en était quand on a pu commencer le traitement. Il m'est arrivé de la laisser cinq ou six jours de suite, les malades la réclamant à grands cris, dès qu'on essayait de la discontinuer.

D'autres, lassés de cette médication (qui n'est pas sans ennui soit pour eux, soit pour les assistants), voulaient essayer des remèdes plus commodes, le laudanum, le chloroforme, l'extrait de belladone, ou plus actifs, tels que les sangsues, les opiacés à l'intérieur, les bains. Toujours, et d'eux-mêmes, ils revenaient à la glace, regrettant le temps perdu et la souffrance causée par ces tentatives.

Quand, depuis douze heures, le malade n'éprouve plus aucune douleur du testicule à la pression ou en toussant, on peut cesser la glace, mais en tenant tout préparé pour la recommencer immédiatement si la douleur reparaissait.

On comprend que, armé d'un tel moyen[1] je n'en emploie et n'en recommande pas d'autre ; que je condamne surtout le débridement de la tunique albuginée. Il agit, à la vérité, dans le même sens que la glace contre l'un des deux éléments de

[1] J'ai vu, une seule fois, par l'effet de la glace, un testicule fortement repoussé de bas en haut s'engager dans le canal inguinal, où il subit un certain degré d'étranglement : l'accident, d'ailleurs passager, fut sans conséquences.

l'étranglement, c'est-à-dire en supprimant la résistance du corps étranglant, tandis que la glace supprime l'expansion du corps étranglé. Mais, outre que c'est une opération douloureuse, et, malgré la simplicité de son manuel, effrayante pour le malade, elle expose à l'exfoliation de l'organe, à l'issue des tubes séminifères et par suite à l'atrophie ou à la perte des testicules. J'ai vu trois fois cet accident grave suivre le débridement, et je ne l'ai pas vu seulement dans ma pratique.

A l'emploi de ce véritable spécifique, je n'ajouterais qu'un seul agent, c'est l'éthérisation, qu'on pourrait faire en même temps qu'on applique la glace, afin de supprimer d'emblée la douleur que la glace ne calme, je l'ai dit, qu'au bout de trois quarts d'heure ou d'une heure.

Par l'usage de la glace, la guérison est aussi radicale que le soulagement a été prompt. Appelé auprès de malades déjà presque exténués par les souffrances, l'insomnie, l'inappétence complète résultant d'une épididymite suivie d'orchite, dont le debut remontait à cinq ou six jours, j'ai souvent été étonné de les voir, après trois jours de glace, se rétablir, supporter la marche et reprendre leurs occupations beaucoup plus vite que ceux qui n'avaient été affectés que de simple épididymite.

Et néanmoins ayant, sur la foi de ces succès, essayé de traiter par la glace quelques épididymites sans orchite, j'ai dû y renoncer, l'inflammation, dans ce cas-là, cédant moins vite que par la médication décrite plus haut, c'est-à-dire par les sangsues, les cataplasmes et le repos au lit.

L'influence de l'épididymite sur l'écoulement uréthral est la même que celle exercée sur lui par la cystite. Je n'ai donc qu'à renvoyer à ce que j'ai dit ci-dessus.

Mais la cystite et l'épididymite, quand elles coexistent, l'une ou l'autre ou l'une et l'autre avec la blennorrhée, créent au praticien un des plus sérieux embarras qu'il puisse rencon-

trer. Mutuellement liées par une sympathie que l'état morbide vient révéler, l'urèthre, l'épididyme, le col vésical, blennorrhagiquement parlant, ne font qu'un, pour ainsi dire. Aussi leurs irritations deviennent tellement solidaires qu'on ne peut réduire l'une sans que l'autre ou les autres n'augmentent si elles avaient diminué, ne se rallument quand on les croyait éteintes[1]. Cet effet est surtout manifeste pour ce qui concerne la cystite, laquelle s'exaspère aussitôt que l'on tente de guérir la blennorrhée, d'autant plus qu'on ne peut attaquer celle-ci que par des injections (les remèdes internes n'ayant pas, comme je l'ai dit, d'action contre le suintement uréthral). Car la cystite est alors réveillée par une double cause et un double mécanisme, savoir : métastatiquement par la suppression de la sécrétion uréthrale, et directement par le contact de l'injection sur le col de la vessie. Dans ces conditions, chacune des trois affections étant une incommodité si on ne la traite pas, et devenant un danger si on la traite, elles sont en quelque sorte inexpugnables.

Encore si le malade, comprenant ses vrais intérêts, consentait à garder quelque temps son suintement (mal indolent, souvent presque imaginaire), pour échapper, à ce prix, aux ténesmes de la cystite, aux névralgies, et surtout à l'incessante menace de séjour forcé au lit, que l'épididymite fait peser sur lui ! Mais non : c'est du suintement qu'il veut surtout être guéri, être guéri immédiatement, et coûte que coûte !

[1] Un homme atteint de cette triple blennopathie ambulante peut souvent en ignorer l'origine, ou du moins la laisser passer inaperçue de son médecin, parce qu'il ne le consulte quelquefois que pour la cystite ou pour l'épididymite, les seules des trois qui soient vraiment incommodes ; et que, d'ailleurs, justement au moment où l'une ou l'autre réapparaissent et par cela même qu'elles réapparaissent, elles diminuent ou même annihilent momentanément la blennorrhée. Le médecin, ne trouvant pas, au moment de l'examen, trace de cette dernière, est par là exposé à en ignorer l'existence et à méconnaître le rôle qu'elle a joué, qu'elle joue dans la production de l'état morbide complexe qu'il a sous les yeux.

Que le médecin ne s'engage pas dans cette voie : elle serait sans issue. Grâce aux injections l'écoulement disparaîtrait, je l'accorde : mais l'irritation d'où il dérive ne serait que déplacée, non guérie. Et dès que la cystite ou l'épididymite, aggravées par sa cessation, viendraient ensuite à diminuer, il ne manquerait pas, lui, de reparaître.

La ligne de conduite à tenir en pareil cas n'est point expéditive, mais c'est la seule sûre et efficace : éteindre ou laisser éteindre les irritations vésicales et épididymiques, et n'attaquer le suintement qu'ensuite et que par des moyens assez doux pour ne pas raviver les deux irritations concomitantes. Je formule ainsi cette pensée :

N° 25. — « Boire trois verres d'orgeat par jour.

« Suspensoire, continence ; traiter, s'il y a lieu, la disposition aux pertes séminales, combattre la constipation.

« Flanelle, bains de vapeur, frictions sèches excitantes sur toute la peau.

« Attendre jusqu'à ce que l'irritabilité de la vessie ou du testicule ait cessé ; et alors profiter d'une saison chaude, d'une époque où l'on n'a l'occasion d'aucune fatigue, d'aucun écart de régime, pour commencer à faire trois injections par jour avec un mélange à parties égales d'eau et de vin rouge ordinaire, qu'on fera tiédir[1]. »

Pendant et après l'épididymite et l'orchite, il se développe chez certains sujets des lésions d'un autre ordre, consistant le plus souvent en névralgies, mais quelquefois aussi semblant dénoter l'existence d'un trouble général de l'organisme.

Quant aux névralgies, j'en distingue trois espèces :

D'abord une sorte d'endolorissement du testicule qui a été affecté ; endolorissement que la marche, le brusque croisement des cuisses, la station debout, la pression, la constipation

[1] Ceci s'obtient commodément en tenant, pendant quelques instants, sur la flamme d'une bougie une cuillère pleine du liquide à injecter.

augmentent. C'est une simple gêne, une sorte d'agacement intérieur, qui, léger mais toujours présent, assombrit l'existence en condamnant à l'inaction, éloignant toute idée de rapprochement sexuel, et, inspirant, à tout moment, pour peu qu'il augmente, la crainte d'une récidive de l'épididymite. Il cesse huit jours, puis reparaît à l'occasion de la moindre cause. Peu à peu, les intervalles qui séparent les retours de l'affection augmentent en même temps que diminuent l'intensité et aussi la durée des exaspérations. Enfin, après un temps variable (quatre, six mois et jusqu'à deux ou trois ans), le malade questionné répond que cette ennuyeuse sensibilité a totalement disparu.

La seconde espèce est l'*irritable testis* des auteurs anglais, le testicule douloureux, dont je n'ai pas à refaire ici la description.

La troisième classe comprend les névralgies qui ont leur siége en dehors du testicule. Il est rare que, durant le cours même de l'épididymite ou de l'orchite aiguë, il n'existe pas quelques irradiations de douleur, plus ou moins fugitives, du côté de la hanche, de l'hypogastre, des lombes, du périnée, du membre inférieur ; et parmi ces dernières l'une des plus fréquentes s'observe au bas de la région antéro-externe de la cuisse. Mais ces douleurs prennent, dans quelques cas, le caractère, l'importance et la durée de véritables névralgies, ordinairement mais pas toujours bornées au côté du testicule malade, quelquefois bilatérales; névralgies réflexes qu'on a divisées en rachialgies, névralgies lombo-abdominale, crurale, sciatique, etc., pouvant provoquer des crampes, des contractures, des impotences consécutives.

Mais ce n'est pas tout. Dans des cas assez rares, il survient, soit avec soit sans ces névralgies, certains troubles qui paraissent accuser un état général. Localement le malade ne souffre pas, à proprement parler, mais il *traîne*, il a des bouffées de chaleur, des sueurs coupées de frissons sans régu-

larité, des éructations, des nausées, vomissements, une tendance aux lypotimies; la langue reste saburrale, l'appétit presque nul, constipation. Le moral lui-même s'affecte ; il y a du découragement, de l'insomnie avec cauchemars, vertiges, dyspnée, palpitations, etc. Ces accidents se reproduisent parfois sous forme intermittente. D'autres fois, le groupe de phénomènes gastriques alterne avec ceux de l'appareil respiratoire, de la caloricité ou de l'innervation proprement dite. J'ai vu un pareil ensemble de symptômes se prolonger pendant près de trois mois, portant une atteinte profonde, quoique passagère, aux fonctions essentielles.

A quelle cause attribuer ces divers désordres ?

Certains pathologistes les expliquent résolument par une *anémie*, dont quelques-uns professent que non-seulement les blennorrhagiens affectés d'orchite, mais que tous les blennorrhagiens sont plus ou moins atteints !

Pour d'autres, c'est une irradiation névralgique réflexe, laquelle peut s'étendre, sans aucune régularité, non-seulement aux nerfs dont l'origine rachidienne touche à celle des nerfs de l'organe primitivement affecté, c'est-à-dire du testicule, mais à d'autres nerfs plus ou moins éloignés et même aux plexus du grand sympathique, d'où les troubles viscéraux variés.

Mais si le physiologiste est par là satisfait, le praticien se pose une question à la fois plus topique et plus ardue : « Pourquoi, se demande-t-il, certains sujets sont-ils seuls frappés de ce genre d'accident ? » Je réponds par les faits d'observation suivants :

Sur le nombre total des individus dont la chaudepisse tombe dans les bourses, les plus exposés à la diffusion névralgique sont ceux qui ont eu une épididymite à répétition ou à bascules ; ceux aussi qui, après l'épididymite, ont eu une orchite; ceux, en un mot, qui ont longtemps et beaucoup souffert de la complication qui porte sur l'appareil testiculaire.

Et cependant tous les blennorrhagiens qui ont été fortement atteints dans cet appareil ne sont pas voués aux irradiations névralgiques. Je suis, heureusement, moi-même un irréfutable exemple de cette immunité.

D'autre part, la blennorrhagie, avec ses complications testiculaires, est, à la vérité, la plus fréquente, mais n'est point l'unique cause qui donne lieu à ces accidents névralgiques locaux ou généraux. On les a vus survenir dans le varicocèle, dans la colique néphrétique, après la ponction simple d'un kyste du cordon, durant une orchite traumatique, à la suite d'une injection irritante dans le tissu cellulaire du scrotum, etc. [1].

Remarquons enfin que les lésions de l'appareil testiculaire ont sur le système nerveux une influence toute spéciale. La nature l'a ainsi voulu pour la protection d'une fonction qui, dans ses vues, est la plus essentielle de toutes. Et les habitudes, les exigences de l'état social augmentent encore la force de ce lien physiologique. Un mal qui, tout léger qu'il paraisse, condamne le patient au lit pour plusieurs semaines, l'éloigne de ses occupations, l'oblige à dissimuler et à rougir, lui fait entrevoir l'impossibilité de se marier, ou, comme on le dit, de *s'établir*, ce mal-là, avouons-le, a bien de quoi retentir profondément sur les centres nerveux.

Lors donc que ces deux conditions se trouvent réunies, d'un côté une lésion très-intense et très-longue, de l'autre un sujet que son tempérament ou que les circonstances rendent très-impressionnable sous ce rapport, l'on s'explique aisément la survenance de l'état que je viens de décrire.

Cette étiologie, on va le voir, n'est point stérile pour la thérapeutique. Chez les blennorrhagiens, on traite les névralgies

[1] Quant à l'anémie, invoquée à titre de cause, je l'ai vu survenir par suite des accidents testiculaires prolongés. Mais comme état existant primordialement, c'est-à-dire comme étant la cause de ces mêmes accidents, j'ai cherché, examiné attentivement, surtout depuis 1866, et n'ai rien trouvé de semblable.

d'origine testiculaire de la même façon que toute autre névralgie développée dans les conditions ordinaires (applications sédatives, chaleur, révulsifs, injections hypodermiques, narcotiques en frictions, bains de vapeur, dans quelques cas les antipériodiques, calmants à l'intérieur). Mais il y a ici, en plus, deux indications impérieuses :

D'abord, il faut s'attacher à supprimer la cause, à éteindre complétement l'inflammation locale, qui quelquefois persiste, même à l'insu du malade. Pour peu qu'il reste de sensibilité au testicule, à l'épididyme, au cordon ; pour peu que ces organes éprouvent quelque sensation anormale par suite de la pression ou d'un effort, pour peu que, à la fin de la journée, ou par l'effet d'une constipation accidentelle, l'endolorissement reparaisse habituellement, insistez sur les médications appropriées. N'hésitez pas à prescrire, à nouveau, six ou huit jours de repos au lit, avec les cataplasmes ou une séance de glace, selon le cas, et un lavement laxatif quotidien. Le séjour au lit est une cause d'anémie, je le sais ; mais il vaut mieux braver celle-là — qu'on peut, d'ailleurs, abréger en l'imposant rigoureuse — que de laisser sévir l'autre cause, la vraie, la *cause testiculaire*.

En même temps, il faut agir sur l'organisme, et agir sur le moral autant que sur le physique ; car l'un et l'autre sont également affectés, affaiblis. Les toniques, une alimentation réparatrice, l'usage du lait, surtout l'habitation à la campagne, puis les bains de mer ou l'hydrothérapie remplissent la première indication. Pour la seconde, il faut, comme disaient les anciens, réconforter *par de bonnes paroles* le pauvre diable qui se figure être pour longtemps voué à l'impotence et à l'impuissance. Ne le consolez pas du bout des lèvres. Entrez dans des détails anatomiques et physiologiques : expliquez-lui le jeu de l'appareil reproducteur, la différence qu'il y a entre une lésion nerveuse et une lésion organique. Citez-lui des exemples de recouvrement complet des *forces* viriles, dans un cas pareil au

sien. Avant tout, obtenez que, sitôt en état de le faire, il reprenne ses occupations, fréquente de nouveau ses camarades, rentre, en un mot, dans son régime, dans *toutes* ses habitudes primitives. C'est là le révulsif le plus efficace et partant le meilleur spécifique.

Rhumatisme blennorrhagique.

Si cette dénomination a prévalu sur celle de *arthrite blennorrhagique*, c'est parce qu'elle est plus juste, étant plus compréhensive et désignant non-seulement les arthropathies liées à la blennorrhagie, mais aussi l'inflammation des gaînes tendineuses, des nerfs ou de leurs gaînes, les troubles cardiaques, la sclérotite, l'aquo-capsulite et l'iritis, qui dépendent de la même cause.

Je serai bref sur la pathologie de ces affections ; car pour la faire complète, il faudrait tracer celle du rhumatisme lui-même. Heureusement que, pour la faire fidèle, il suffit de noter les quelques différences qui séparent le rhumatisme tenant à la blennorrhagie du rhumatisme ordinaire. Ainsi :

Ce rhumatisme-là attaque un moindre nombre d'articulations. — La réaction fébrile et les douleurs qu'il suscite sont beaucoup plus modérées. — Le cœur participe moins souvent, et dans tous les cas moins fortement à l'affection générale. — La maladie est plus fixe, a moins de tendance à passer d'une articulation à l'autre. — Le gonflement articulaire est dû plus souvent et pour une plus grande part à un épanchement dans la synoviale. — L'inflammation affecte surtout la synoviale, qui est le siége principal de la douleur. — Vers la fin, la phlegmasie se cantonne, se perpétue plus volontiers dans les petites jointures, celles du cou et notamment des pieds et des mains.

Maintenant, cette maladie qui, symptomatologiquement, a son existence, l'a-t-elle aussi pathogéniquement ? En d'autres

termes, peut-on prouver qu'elle dérive de la blennorrhagie uréthrale ?

Oui, certes, et par un ensemble imposant de faits généraux établis, non-seulement sur des cas cliniques très-nombreux et tous consonnants, mais encore, chose rare, sur l'accord unanime de tous les observateurs. Ainsi :

Quelques individus, sans antécédents rhumatismaux, soit héréditaires, soit personnels, n'ont de rhumatismes que lorsqu'ils contractent une blennorrhagie ; et ils ont de nouveaux accidents rhumatismaux à chaque nouvelle blennorrhagie qu'ils contractent ; et les arthrites, les iritis, etc., qu'ils ont alors, apparaissent sans qu'on puisse les expliquer par une cause ordinaire, par un refroidissement.

Par contre, chez les sujets rhumatisants de naissance, le rhumatisme ordinaire ne se déclare pas plus fréquemment pendant qu'ils ont une blennorrhagie que pendant qu'ils n'en ont point. J'ai même vu un homme qui n'avait cessé d'avoir des accès de ce rhumatisme-là que depuis quatre ans qu'il était affecté de blennorrhagie.

Les sujets qui ont eu un rhumatisme blennorrhagique, — et qui en auront à coup sûr un second s'ils viennent à reprendre une deuxième blennorrhagie, — peuvent, dans l'intervalle, affronter toutes les circonstances qui réveillent le rhumatisme vulgaire, sans qu'ils en ressentent l'atteinte.

Le rhumatisme, dans la blennorrhagie, coïncide assez souvent avec la cystite, la prostatite, l'épididymite.

Il détermine, dans la plupart des cas, une diminution de l'écoulement uréthral.

Il s'exaspère, semble renaître, durant le cours de la même blennorrhagie, aussitôt que celle-ci vient accidentellement à reprendre plus d'intensité.

Enfin il est incomparablement plus fréquent chez l'homme que chez la femme, celle-ci étant beaucoup moins souvent affectée de blennorrhagie uréthrale.

Déjà la cystite et l'épididymite nous avaient offert quelques exemples de gens spécialement prédestinés à subir ces lésions lorsqu'ils contractent une blennorrhagie. Mais, quant au rhumatisme, l'aptitude de certains sujets à être frappés de rhumatisme à chaque blennorrhagie n'est plus, comme pour les complications précédentes, une particularité intéressante à noter mais sujette à faire défaut ; c'est une loi.

L'histoire clinique de cette blennopathie confirme donc péremptoirement ce grand fait, savoir : qu'il existe, chez quelques sujets, une disposition à l'extension, sinon à la diffusion de l'affection blennorrhagique. Le plan de ce livre m'interdit d'aller au delà de cet énoncé, de scruter la nature et les causes de cette disposition. Je ne ferai à son sujet qu'une remarque : c'est que toutes les blennorrhagies se ressemblent, mais que tous les individus ne se ressemblent pas. Par conséquent, la disposition dont je parle, — disposition rare, exceptionnelle, ne l'oublions point, — n'est pas créée par la blennorrhagie ; elle n'est que mise en jeu par elle : mais elle préexistait chez l'individu.

A la considérer isolément, une articulation atteinte de rhumatisme blennorrhagique ne diffère pas beaucoup d'une articulation atteinte de rhumatisme vulgaire ; elle n'en diffère, durant l'état aigu, que par l'intensité moindre du processus phlegmasique, et par la concentration de ce processus sur la synoviale. Mais, quant à la terminaison, il existe des différences importantes dont je ne saurais mieux donner une idée qu'en reproduisant le paragraphe dans lequel, mon très-affectionné neveu, le docteur Emile Diday, les a résumées (voir son excellente thèse inaugurale)[1] : « A moins d'une grande rapidité d'évolution et d'une résolution complète des produits inflammatoires exsudés à la surface des membranes,

[1] *Quelques considérations sur la nature du rhumatisme blennorrhagique.* Paris, 1873.

l'articulation affectée reste toujours plus ou moins compromise, depuis la simple raideur qui cède à un traitement local jusqu'à l'ankylose complète. Ce rhumatisme est donc une affection déformante ; car elle amène toujours, pourvu que sa durée ait été suffisante, une lésion dans la forme ou les fonctions de la jointure affectée, lésion qu'on n'observe jamais dans le rhumatisme aigu (p. 33). »

Ces paroles sont, pour le praticien, un avertissement qu'il ne doit point négliger. L'arthrite blennorrhagique se présente comme une inflammation comparativement légère ; et, cependant, elle a, sous le rapport de la motilité, des suites comparativement graves. Se laisser rassurer, se laisser désarmer par la bénignité apparente de l'affection serait donc une faute sérieuse.

Traitement. — Aussi recommandai-je d'insister, au début, sur les émissions sanguines locales. Je ne veux point, notons-le, qu'on les multiplie systématiquement ; je demande seulement qu'on ne les omette pas, comme c'est assez l'usage, aujourd'hui que la mode est surtout aux révulsifs. Le tour de ceux-ci ne tardera pas à venir. Mais, au début, pour peu que la fluxion soit prononcée et si elle affecte une des jointures où elle a de la tendance à s'enraciner (le genou) rien ne vaut une application de huit ou dix sangsues, secondée par le repos au lit, et des cataplasmes de farine de lin, que, dans ce cas, il faut envelopper de coton et de taffetas ciré, et renouveler toutes les heures, afin que leur contact ne devienne pas l'occasion d'un refroidissement. Le lendemain ou le surlendemain, on met un large vésicatoire volant. (Si c'est sur le genou, j'avertis de ne pas exempter de l'action du révulsif — comme on le fait habituellement — la rotule dont la doublure synoviale en a tout autant besoin que les autres parties de cette membrane).

L'immobilisation de la jointure, d'abord dans une gouttière, ensuite et plus exactement par un bandage ouato-silicaté a,

ici, les mêmes indications et la même valeur que dans le traitement des autres affections articulaires. Mais, auparavant, et pour triompher de l'état subaigu, on a dû employer soit un nouveau vésicatoire, soit le badigeonnage avec la teinture d'iode ; une friction de quarante à cinquante secondes avec le crayon de nitrate d'argent fondu (bon moyen d'agir plus directement sur les endroits qui restent douloureux) ; une compression méthodique par l'application de trois couches de collodion riciné, ou par les bandelettes de diachylon ou de sparadrap de Vigo. Même, à cette période, je réclame encore une place pour les saignées locales ; je me rappellerai toujours un malade qu'aucun moyen local n'avait pu soulager d'une arthrite blennorrhagique métacarpienne, et qui fut guéri, à ma barbe — je ne l'avais pas alors bien longue — par une application de ventouses scarifiées, que lui fit, sans ordonnance, un artiste spécial.

Les médications générales préconisées contre le rhumatisme articulaire aigu commun n'ont que peu d'efficacité contre cette espèce. J'en excepte le tartre stibié à dose Rasorienne, qui est d'un précieux secours pour faire résorber les épanchements articulaires rebelles.

Il faut laisser l'écoulement sans s'en occuper et ne l'attaquer que lorsqu'on en a entièrement fini avec l'état articulaire aigu et subaigu.

Les bains de vapeur, les douches d'eaux minérales avec massage, les bains locaux dans l'eau de tripes, l'immersion dans le raisin en fermentation conviennent à l'état chronique, ainsi que les mouvements méthodiquement imprimés, et les moyens chirurgicaux dirigés, s'il y a lieu, contre l'ankylose, moyens dont je n'ai pas à m'occuper.

Iritis. — On désigne, à tort, sous ce nom, les lésions qui, nées sous la même influence que celle qui produit l'arthrite blennorrhagique, affectent les membranes profondes de l'œil. L'*iritis* coïncide assez fréquemment, durant la blennorrhagie,

avec les fluxions articulaires. M. Rollet évalue cette fréquence à un sixième des cas. L'iritis est quelquefois double ; le plus souvent, elle n'apparaît qu'après l'arthrite. L'inflammation intense donne lieu à un épanchement plastique considérable qui occupe la chambre antérieure et le champ pupillaire. Quand une conjonctivite coexiste alors, elle n'est jamais que catarrhale et non purulente.

Le traitement est celui de l'iritis ordinaire : sangsues aux tempes, purgatifs, vésicatoires à la nuque, onctions belladonées, calomel à doses réfractées.

Je mentionne ici, mais je ne fais que mentionner, la *bronchite blennorrhagique*, dont les docteurs Dendy et Headland ont rapporté des exemples. Les détails de leurs observations et le ton très-modérément affirmatif des auteurs permettent de croire qu'entre l'affection bronchique et l'affection uréthrale, il y a eu un rapport de coïncidence, peut-être d'influence révulsive, plutôt que de causalité.

De cette notion, ou plutôt de cette possibilité, on ne peut, d'ailleurs, tirer d'autre indication pratique que celle, soit de ramener l'écoulement uréthral, soit d'administrer le copahu, dans les cas de bronchite rebelle qui aurait été précédée d'une chaudepisse ou coexisterait avec elle.

Balano-Posthite.

Je prie qu'on remarque ce titre. Placé dans un traité de thérapeutique spéciale, il exprime une pensée que je tiens à énoncer franchement. J'ai observé et je vais décrire l'inflammation du gland et du prépuce ; il y en a beaucoup et de diverses espèces. Ces espèces, tous les auteurs les reconnaissent, et ils admettent bien que plusieurs d'entre elles n'ont rien de vénérien. Quant à moi, je vais plus loin, et ne crois pas, — n'en ayant jamais vue, — à la *blennorrhagie balano-préputiale*.

Je fais, sur ce point, appel aux souvenirs des praticiens, et je leur demande :

Ne paraît-il pas évident que, si la blennorrhagie pouvait naître sur le gland et sur le prépuce, elle y serait pour le moins aussi fréquente qu'à l'urèthre, puisque ces parties qui, dans l'acte contaminant, se présentent les premières à l'assaut, restent en réalité le plus longtemps baignées par le liquide contagieux, enfin se trouvent, par le fait du frottement prolongé et de l'orgasme vénérien, dans les conditions les plus propres à assurer la pénétration de ce liquide?... N'oublions pas que, chez tous les sujets phimosiques affectés de blennorrhagie, le gland est non-seulement touché, mais quelquefois demeure, et pendant plusieurs semaines, immergé dans le pus contagieux que sécrète leur urèthre.

Eh bien ! avez-vous observé, sur leur gland ou leur prépuce, de ces inflammations, venant deux ou trois jours après le coït, sécrétantes, douloureuses, comme la blennorrhagie uréthrale, durant toujours, comme elle, plus de trente jours, quelquefois deux et trois mois?... — Non, assurément.

Et quand une blennorrhagie uréthrale se développe, la voit-on jamais être précédée d'une inflammation quelconque du gland, comme cela serait cependant si naturel, la partie la première exposée devant être la première atteinte ? — Non, encore.

— « Mais, dira-t-on, si la blennorrhagie est plus rare au prépuce et au gland qu'à l'urèthre, c'est que ces parties sont protégées par un épithélium épais et résistant. » — Fort bien ; mais alors, pourquoi le pus des chancres et des chancrelles s'y inocule-t-il si aisément, et sans qu'elles fussent préalablement excoriées? Et pourquoi chez les sujets, fort nombreux, dont l'épithélium balanique est mince, ténu, fragile à se gercer au moindre attouchement; pourquoi, chez ces sujets-là, lorsqu'il se déclare une blennorrhagie uréthrale, ne se déclare-

t-il pas, *à fortiori*, — *ab anteriori*, devrais-je dire, — une blennorrhagie balanique ?

Si quelqu'un admet la blennorrhagie du gland et du prépuce, je le mets au défi de me dire par quels caractères, cliniques ou autres, il distinguera ce qu'il appelle balanite blennorrhagique d'avec une balanite simple. — Je voudrais également savoir pourquoi le copahu n'a aucune, absolument aucune influence sur cette soi-disant blennorrhagie, dans le cas de phimosis, où l'urine passe et séjourne cependant sur la muqueuse qui est le siége de l'inflammation, comme elle passe et séjourne sur la muqueuse de l'urèthre ?

Je demande encore quelle est, parmi toutes les blennorrhagies de l'urèthre, du vagin, de la conjonctive, celle qui guérit régulièrement en quelques jours, par la simple application de charpie sèche ou imbibée d'un liquide astringent, ainsi que nous le voyons pour la plupart des balanites, et justement pour celles dont le caractère inflammatoire autoriserait le plus à les rapprocher des blennorrhagies ?

Je demande, enfin, pourquoi, si la balanite est quelquefois une blennorrhagie, elle n'engendre jamais, par le coït, de blennorrhagie vaginale ?

Et je conclus, malgré les conséquences opposées qu'on pourrait vouloir tirer de l'interprétation défectueuse de l'une des expériences de B. Bell, je conclus que les anciens n'étaient pas si mal inspirés quand ils appelèrent l'inflammation du gland *chaudepisse bâtarde*, *fausse gonorrhée !*

Cette maladie a deux genres distincts : elle est de cause accidentelle, et alors légère et peu durable ; ou elle est plus grave et plus prolongée ; mais, dans ce second cas, c'est parce qu'elle est symptomatique d'une autre affection. Expliquons ceci :

A la suite d'excès de coït ou de masturbation, ou de coït avec une femme leucorrhéique ou ménorrhéique, ou simplement

par malpropreté (cause portée parfois à un degré inimaginable), on observe, surtout quand l'organisme est disposé aux inflammations par la fatigue et les excès de boisson, une rougeur plus ou moins vive de la muqueuse balano-préputiale avec gonflement, secrétion purulente, abrasion de l'épithélium (simulant des chancres, pour des yeux effrayés) : à un degré plus avancé, inflammation du tissu conjonctif sous-préputial, d'où impossibilité, pour le feuillet muqueux de ce repli, de glisser sur le feuillet cutané, d'où phimosis.

Cet état est essentiellement temporaire. Faites tout d'abord cesser la cause, et prescrivez en outre :

N° 26. — « Trois fois par jour, après avoir complétement décaloté [1], appliquer tout autour du gland et de la base du gland, de la charpie mouillée de

Eau distillée.	30 grammes.
Nitrate d'argent.	5 décigrammes.

« Puis recaloter, en évitant, dans ce mouvement, de ramener en avant la charpie, dont une partie doit rester dans le sillon situé en arrière du gland. »

Grâce à cette interposition de la charpie entre les deux surfaces (sur lesquelles elle reste à demeure durant l'intervalle entre les pansements), la guérison s'obtient en quatre ou cinq jours. Les deux premières applications sont seules un peu douloureuses.

S'il y a phimosis, ou seulement tendance au phimosis, ne cherchez pas à le vaincre pour pouvoir faire le pansement direct. D'abord, ce pansement peut tout aussi bien être porté sur les surfaces malades par voie d'injections faites, trois fois par jour, avec le liquide ci-dessus [2]. Puis, en vous obstinant à

[1] Le jeune praticien doit être prévenu de la difficulté, parfois très-grande, qu'on éprouve pour mettre à découvert la totalité des replis du prépuce enflammé. Il faut l'avoir explorée soi-même pour se figurer la profondeur, chez certains sujets, de l'*arrière-boutique* balano-préputiale.

[2] Je tracerai les règles de ces injections plus loin, en décrivant le traitement de la chancrelle.

vouloir décaloter de vive force, vous produiriez des éraillures, nouveaux centres d'inflammation, devenant, par conséquent, un nouvel obstacle au glissement du prépuce ; de telle sorte que, pour avoir obtenu, aujourd'hui, une fois, en passant, le décalotement, vous retardez de plusieurs semaines le moment où il redeviendra définitivement facile comme à l'état normal. — Ce précepte ne saurait être trop répété, cette sage temporisation trop recommandée : c'est la base du traitement de tous les phimosis accidentels.

J'ai dit qu'il existe d'autres balanites plus durables, et j'ai dit que, alors, elles sont symptomatiques. Mais elles peuvent l'être soit d'une lésion locale, soit d'un état général.

Parmi les premières, on peut compter les diverses lésions vénériennes ; mais il faut remarquer une chose bizarre : c'est que celles qui sont saillantes provoquent et entretiennent à leur pourtour une inflammation plus intense et plus prolongée que celles qui sont ulcéreuses. Chez les individus qui portent le gland couvert, les plaques muqueuses stratifiées, et surtout les végétations confluentes, s'accompagnent à peu près constamment de balano-posthite. Il suffit, dans ces cas, de guérir la lésion génératrice, pour voir disparaître sa conséquence, la balano-posthite. Cela suffit... mais cela est nécessaire.

Quant aux causes diathésiques, je ne noterai que pour mémoire l'érythème syphilitique du gland et du prépuce, l'herpès préputialis récidivant (dont il sera question plus loin). Ce sont là des affections qui ne font que simuler la balanite.

Mais il est un autre érythème, de nature dartreuse, qui s'observe au delà de cinquante ans, chez les sujets atteints d'eczéma aux bourses ou à l'anus. Une fois établi, il a des exacerbations et des rémissions, mais ne cesse jamais entièrement. La muqueuse est rouge, amincie, luisante, et surtout sujette à se couper par suite du frottement (accident qui désole particulièrement les malades).

Avant d'instituer le traitement de cet état, il faut connaître, mais il faut surtout s'avouer les limites de l'art. Vous pourrez aisément triompher des exacerbations par la prescription ci-dessus (n° 26), ou mieux par l'usage de cold-cream, de cérat frais; mais le succès ne sera que partiel et surtout essentiellement temporaire. — Vous pouvez aussi, lors des rémissions, travailler à rendre la muqueuse moins irritable, par des onctions avec la glycérine au tannin, l'application à demeure de charpie imbibée d'eau blanche ou de vin aromatique, les bains locaux journaliers dans un liquide astringent; mais vous ne restituerez ainsi qu'en partie sa structure normale au tégument. A la moindre cause d'irritation, il se gercera de nouveau.

Il n'y a, contre cet état, qu'un seul remède sérieux, capable de donner, dans la majorité des cas, une guérison complète : c'est l'emploi, à la source, et pendant un temps suffisant de celles des eaux minérales qui sont justement accréditées contre l'herpétisme.

L'œdème, qui peut accompagner la posthite, donne quelquefois à l'extrémité de la verge, surtout à sa partie inférieure la plus déclive, un volume considérable. Cette peau luisante, distendue, amincie, comme prête à éclater, effraye toujours les malades. Cet état passe de lui-même avec l'inflammation qui lui a donné naissance. On en abrégera la durée à l'aide de quelques bains locaux froids et astringents, en supprimant toute cause de compression de la verge et en la faisant maintenir dans une position élevée.

BLENNORRHAGIES CHEZ LA FEMME

Il peut, chez la femme, survenir, par suite du coït, une inflammation dans quatre régions qui, quoique contiguës, sont nosologiquement comme anatomiquement distinctes. Aussi les auteurs comptent-ils : 1° une blennorrhagie vulvaire;

2° une blennorrhagie vaginale; 3° une blennorrhagie utérine; 4° une blennorrhagie uréthrale.

Enonçons d'abord sur l'étiologie et la connexité de ces diverses affections quelques remarques qui pourront en éclairer la nature.

La vulve, le vagin et l'utérus sont souvent le siége d'inflammations aiguës ou chroniques, d'origine non contagieuse, et donnant lieu à une sécrétion analogue à celle que produit l'inflammation d'origine contagieuse. — Au contraire, l'urèthre de la femme comme celui de l'homme (à part les écoulements traumatiques ou liés à la goutte, à la dentition, à la présence de vers) n'est jamais atteint d'inflammation avec sécrétion purulente que par suite de contagion. — La blennorrhagie vaginale sans blennorrhagie uréthrale est fréquente : la blennorrhagie uréthrale sans blennorrhagie vaginale est très-rare.

2° La blennorrhagie commence le plus souvent par le vagin, et non par la vulve. — Dans beaucoup de cas, la blennorrhagie vaginale suit son cours et se termine sans être accompagnée d'inflammation de la vulve. — La blennorrhagie vaginale et la blennorrhagie uréthrale durent ordinairement, quoique régulièrement traitées, près de deux mois. Au contraire, l'inflammation de la vulve a une propension notable à guérir spontanément, elle se termine ordinairement en dix, douze ou quinze jours.

3° L'un des symptômes signalés par tous les auteurs comme caractère de ce qu'ils appellent *blennorrhagie utérine*, est que, bien différent de l'écoulement de la blennorrhagie vaginale, lequel est tout à fait purulent, celui qui sort du col utérin est plus muqueux, floconneux, gluant, en masses filantes.

D'où je conclus :

1. L'uréthrite, chez la femme, résulte toujours de contagion, est toujours une blennorrhagie, laquelle est produite

soit par le contact, durant le coït, du muco-pus de la blennorrhagie de l'homme, soit, consécutivement, par le contact accidentel du pus de la blennorrhagie vaginale de la femme elle-même.

B. Il existe une vulvite, comme il existe une balano-posthite. La nature blennorrhagique de cette inflammation est encore à démontrer.

C. Il en est de même de la métrite du col et du corps, lesquelles coïncident quelquefois avec la blennorrhagie vaginale.

De même que, dans la blennorrhagie de l'homme, l'inflammation spécifique envahit toujours de proche en proche l'étendue entière du canal, de même la blennorrhagie vaginale ne devrait-elle pas toujours, aussi, envahir la muqueuse utérine?... Mais cela n'étant pas, et, tout au contraire, la métrite, dans la blennorrhagie féminine, existant quelquefois et non point constamment, il y a lieu de se demander si, au lieu d'être une blennorrhagie véritable, cette métrite n'est pas, elle aussi, une inflammation commune, qui complique accidentellement la blennorrhagie vaginale comme la cystite ou la balanite compliquent quelquefois la blennorrhagie uréthrale?

Vulvite. — Telle que nous venons de la définir, la vulvite qui apparaît durant la blennorrhagie vaginale, ne diffère guère de celles qu'engendrent la malpropreté, les frottements, la masturbation, l'herpétisme chez les femmes âgées, la scrofule chez les adolescentes. Elle peut être très-aiguë : alors, sensation qui, simple chatouillement au début, et provoquant les désirs vénériens, ne tarde pas à devenir cuisson vive, puis douleur qui s'exaspère par la pression, le contact, par le passage de l'urine, en marchant, et même en s'asseyant ; gonflement des grandes et petites lèvres ; ces dernières s'œdématient. Un liquide purulent, âcre, de mauvaise odeur, produit par les glandes mucipares, coule abondamment.

Quand il est retenu par le gonflement des bords de l'orifice externe, cette stagnation le rend plus fétide et plus irritant.

La muqueuse offre une rougeur intense avec des dépolissures, des plaques exulcérées, des érosions superficielles, parfait analogue de l'état anatomique qu'on observe dans la balanite d'une certaine intensité. A ce degré, il y a quelquefois de la fièvre et les ganglions de l'aine peuvent s'engorger. — Du reste, cette acuité n'est point une preuve de la nature blennorrhagique du mal ; car, outre qu'elle cesse très-rapidement et par l'effet de moyens qui n'ont rien de spécifique, on l'observe assez fréquemment au même degré, résultant simplement du travail de la seconde dentition, surtout chez les petites filles très-lymphatiques.

L'état subaigu, plus commun que le précédent, se caractérise par une accentuation moindre de ces divers symptômes.

Peu à peu, en déclinant, en tendant à devenir chronique, l'inflammation se concentre sur deux points savoir : 1° la partie située en dehors des petites lèvres, où il persiste pendant fort longtemps, une rougeur érythémateuse et circonscrite, qui peut causer des erreurs de diagnostic, en simulant un chancre soit au début, soit en réparation ; 2° dans les petites glandes juxtà-uréthrales, d'où il s'établit une sécrétion insidieuse, souvent méconnue.

La glande de Bartholin s'enflamme aussi, dans quelques cas, et, en général, d'un côté seulement. Après être restée pendant plusieurs jours sous forme d'un petit noyau globuleux en dehors de la petite lèvre, elle suppure le plus souvent. On sent alors, dans l'épaisseur d'une des grandes lèvres, une tumeur qui grossit de plus en plus, causant des douleurs dont la violence, le retour par crises, et l'influence sur l'état général rappellent celles de l'orchite parenchymateuse. Elle tend de préférence à s'abcéder du côté de la muqueuse. — C'est là qu'il faut la ponctionner ; ce qui met immédiatement fin

aux souffrances. Mais presque toujours, l'ouverture ainsi pratiquée reste fistuleuse. Soit vers l'époque menstruelle, soit par l'action de causes d'*échauffement*, le foyer devient le siége d'une inflammation plus vive et d'une suppuration fort incommode. — Pour prévenir cet inconvénient, on a conseillé de faire l'ouverture de l'abcès par une large incision : mais le moyen n'est rien moins qu'infaillible. Je préférerais planter dans le foyer, après l'avoir incisé, une flèche de Canquoin. Mais comme, à ce moment, les parties sont extrêmement sensibles, il vaudrait mieux remettre la cautérisation au lendemain, à moins qu'on ne se décide à éthériser préalablement la malade, ce qui permettrait d'inciser, puis de cautériser sans désemparer.

Vaginite. — Presque toujours le premier pris dans la blennorrhagie féminine, le vagin, en outre, est toujours ou presque toujours pris. Cliniquement donc, il n'y a guère, chez la femme, de blennorrhagie transmise par le coït, sans que le vagin y participe.

Sensation de cuisson, de brûlure, accompagnée d'une tension, d'une sorte de lourdeur dans les aines et le bassin ; écoulement d'abord glaireux, mais bientôt mucoso-purulent, puis purulent; surface intérieure rouge, villeuse, injectée, tels sont les symptômes de la vaginite aiguë. Le doigt introduit reconnaît un gonflement des parois et en même temps une remarquable augmentation de chaleur. La blennorrhagie du vagin a cela de commun avec la blennorrhagie uréthrale de l'homme qu'elle progresse graduellement de l'orifice externe vers le fond ; que, à l'état aigu, elle s'accompagne souvent de granulations très-distinctes ; enfin, qu'elle a une grande tendance à persister, à se retrancher, comme on dit, dans les parties profondes du canal, surtout dans le cul de sac antérieur, où, dans les cas douteux il importe de savoir la chercher.

La vaginite passe très-souvent à l'état chronique. Dans ce

cas, il n'y a aucune différence matérielle, appréciable à nos moyens de diagnostic, entre la sécrétion de la vaginite blennorrhagique chronique et le fluide d'une leucorrhée survenue spontanément, en dehors de toute cause contagieuse.

Pour constater l'écoulement vaginal, il ne suffit pas d'entr'ouvrir l'orifice extérieur, il faut, surtout chez les jeunes femmes, introduire le doigt à quatre ou cinq centimètres de profondeur et le tenir appuyé par en haut, du côté de l'urèthre. On rend ainsi béant le vagin; et, au bout de huit ou dix secondes, on voit apparaître et couler sur sa face postérieure le pus qui, sans cette manœuvre, aurait été retenu par la juxtaposition naturelle des parois du canal.

Il n'y a que fort exceptionnellement et jamais que fort peu de réaction générale par suite de la vaginite, même aiguë.

Metrite. — Je ne comprends point, sous ce nom, comme quelques auteurs, l'inflammation de la muqueuse qui revêt l'extérieur du museau de tanche : ceci appartient à la vaginite. Mais, quelquefois, il y a inflammation de la muqueuse qui tapisse la cavité du col et même celle du corps de l'utérus. Alors on observe des douleurs de reins, surtout en marchant, de la sensibilité par la pression sur l'hypogastre, par le toucher vaginal ou rectal. Un liquide gluant sort à travers l'orifice; il y a des troubles de la menstruation.

A l'état chronique, c'est une des formes du catarrhe utérin, maladie qui, alternativement, peut ou influencer la santé générale ou être influencée par elle, être une cause d'anémie, de névropathie, ou être entretenue par ces troubles constitutionnels.

Uréthrite. — Elle peut résulter de trois modes d'inoculation, un vaginal, un pénien, un digital, dont on me dispensera d'expliquer le mécanisme. Débutant toujours à l'état aigu, elle cause une cuisson de plus en plus vive et de plus en plus

profonde. Pour différencier cette douleur de celle de la vulvite, demandez à la malade si elle la sent au moment même où elle lance le jet d'urine, ou seulement lorsque l'urine coule sur les parties extérieures.

Bientôt survient l'écoulement, analogue par sa nature et ses variations, sa couleur, sa densité à celui de la blennorrhagie chez l'homme. On le recueille en introduisant dans le vagin l'indicateur dont la pulpe, tournée en haut, est ensuite ramenée de manière à presser sur l'urhètre d'arrière en avant. Il faut, préalablement, avoir abstergé les matières venant du vagin, matières qui, si elles séjournaient sur la vulve, pourraient être confondues avec celles qu'on exprime de l'urèthre.

Comme celle de l'homme, l'uréthrite, chez la femme, peut devenir chronique ; et alors, la douleur étant nulle, la fonction non gênée, l'écoulement, d'ailleurs, étant peu abondant vu la brièveté du canal qui le fournit, le mal passe souvent inaperçu.

Traitement. — Avant de tracer les règles particulières propres à chaque région, il convient de rappeler :

1° Que, à l'inverse des hommes, beaucoup de femmes ignorent l'existence de leur mal ;—que beaucoup d'autres le dissimulent par pudeur, ou par ruse ;—que, à moins d'une surveillance continue, on n'est donc jamais sûr que le traitement sera exécuté régulièrement et assez longtemps :—conditions d'autant plus fâcheuses que quelques-unes des manœuvres médicatives nécessaires en pareil cas (introduction du spéculum, tamponnement, injections), sont, en réalité, il faut l'avouer, douloureuses, répugnantes, assujettissantes, et difficiles à exécuter en secret ;

2° Que, pour certaines de ces inflammations qui sont aiguës ou qui siégent sur des organes internes, le séjour au lit est le seul moyen de réaliser le repos des parties malades ;

3° Que le séjour des sécrétions morbides dans la cavité du

vagin est un autre élément de persistance du mal qui exige aussi des soins assidus ;

4° Enfin, quant à l'état chronique, que l'absence de douleur engendre, chez les femmes, un tel degré d'indifférence, que cette disposition, jointe à la nature particulièrement désagréable des remèdes à employer, oppose à la guérison un obstacle contre lequel le médecin doit s'armer de toute sa force, de toute sa constance de volonté.

Pour la *vulvite*, comme pour la balanite, maintenir l'isolement des surfaces est le principal remède ; et souvent il suffit. Mais quelquefois l'inflammation est tellement vive, le frottement, le simple contact exercés sur les parties malades détermineraient une telle douleur qu'on est forcé d'ajourner l'application des topiques. Dans ce cas, je prescris :

N° 27. — « Grands bains, tous les jours; bains de siége, deux fois par jour, dans de la décoction de tête de pavot et guimauve.

« Étendre, avec la barbe d'une plume, un peu de cérat, de cold-cream, ou de crème.

« Si les matières sont retenues, essayer une injection d'huile d'amandes douces, tiède, faite avec une petite seringue dont on n'introduira que le bec entre les lèvres.

« Repos au lit ou garder la chambre, cataplasmes d'amidon maintenus en contact immédiat, les lèvres étant écartées, au moyen d'un bandage en T.

« Boire en abondance de l'infusion de mauve et de violette, sucrée avec le sirop d'orgeat ; régime doux.

« Un ou deux lavements par jour de décoction de pariétaire miellée. »

Dès que le contact des topiques est devenu supportable, ou lorsque, — cas le plus ordinaire — il l'est dès le début du mal, le traitement peut avoir plus d'efficacité. Alors :

N° 28. — « Trois, quatre ou cinq fois par jour, selon l'abon-

dance de l'écoulement, introduire, de manière à ce qu'elle tienne en place, une mèche de charpie mouillée d'eau végéto-minérale.

« Mettre aussi de la charpie entre la grande lèvre et la cuisse.

« Au bout de trois jours environ, on remplacera ce liquide par le suivant :

Eau distillée.	35	grammes.
Nitrate d'argent.	1	»

« Ne continuer cette dernière application que pendant trois ou quatre jours. »

Avivée intentionnellement par cette médication substitutive, l'inflammation ne tarde pas à décroître dès qu'on la cesse et, avec quelques soins de propreté, l'application de poudre d'amidon ou de riz, en touchant s'il y a lieu, avec la *pierre*, quelques points où l'inflammation résisterait, comme pour la balanite, tout, la plupart du temps, est terminé en moins de huit jours.

On a écrit que, pour guérir la vulvite, il faut d'abord guérir la vaginite, parce que la sécrétion de celle-ci, en coulant sur la vulve, y excite de l'inflammation... Ceci n'est qu'une vue de l'esprit : si le muco-pus vaginal possédait une telle propriété toutes les vaginites s'accompagneraient de vulvite, ce qui n'est pas.

Existe-t-il un moyen de faire avorter la *blennorrhagie vaginale*?... Souvent un client scrupuleux m'a dit : « Docteur, j'ai la chaudepisse et je viens d'avoir des rapports avec ma femme. Comment m'y prendre pour la préserver? » — Malheureusement, on ne sait pas, on ne peut prévoir par quel point du vagin la blennorrhagie commencera. Malheureusement aussi, la douleur qui s'y développe n'est assez forte pour devenir un indice que lorsque la maladie a déjà eu le temps de s'étendre de proche en proche. Enfin on ne dispose d'aucun mécanisme capable de cautériser toute la muqueuse malade, en s'insinuant

dans ses lacunes, en pénétrant dans ses follicules, comme le fait l'injection uréthrale abortive, chez l'homme. Aussi, jusqu'à présent, tout essai tenté pour enrayer la blennorrhagie vaginale, même par l'attouchement avec la pierre infernale, est-il presque certainement voué à l'insuccès.

L'inflammation une fois développée, les bains, les injections mucilagineuses et narcotiques tièdes, le repos, en sont le seul remède proposable, si elle est aiguë. On n'use plus guère des sangsues, et plus du tout de la saignée. Prescrivez des lavements émollients ; interdisez toute excitation érotique. Le copahu, ici, est absolument impuissant.

Au déclin de l'inflammation, on ajoute à l'injection une substance astringente (acétate de plomb, alun, extrait de ratanhia), dont la dose d'abord faible, sera augmentée à mesure que l'on constatera qu'elle n'irrite pas, ou du moins, que la légère irritation momentanée et salutaire qu'elle produit, cesse au bout de cinq minutes.

Dès que la muqueuse vaginale est devenue insensible au toucher, il est temps de recourir à des moyens plus actifs pour empêcher la maladie de passer à l'état chronique. L'isolement des surfaces est le meilleur. Ainsi :

N° 29. « En se couchant, enfoncer jusqu'au fond de la partie, l'une après l'autre, cinq petites boulettes de coton liées à un fil, de dix centimètres en dix centimètres de distance, et enduites de :

Pommade de concombre.	40 grammes.
Alun.	4 »
Tannin.	3 »

« Les laisser toute la nuit : le matin, après les avoir ôtées (en tirant sur le fil), faire une injection avec :

Décoction d'écorce de chêne. . . .	500 grammes.
Borax.	15 ou 20 gr.

« Réitérer dans la journée cette injection[1]. »

On varie les injections astringentes, en employant les mêmes substances que pour les injections uréthrales, chez l'homme, mais *à dose double*.

En cas d'écoulement fétide, ajouter aux injections un peu de liqueur de Labarraque.

A un état plus avancé, c'est-à-dire entièrement indolent, il reste deux ressources : le tamponnement à l'aide du spéculum et la cautérisation.

1° Une ou deux fois par jour, après avoir introduit un speculum cylindrique, on y pousse l'une après l'autre, de petites boulettes de charpie ou de coton, préalablement roulées dans

Poudre d'amidon.	40	grammes.
— de tan.	20	»
— de sulfate d'alumine.. . . .	6	»

Mêlez.

[1] L'injection peut être pratiquée avec une seringue, ou un irrigateur, ou un injecteur aspirateur composé de deux boules de caoutchouc. Mais pour que le liquide pénètre et séjourne convenablement, la femme doit « se coucher et maintenir le bassin élevé, de manière à ce que la partie supérieure du vagin en devienne le point le plus déclive. Dans cette position, conservée plus ou moins longtemps après l'injection, le liquide pourra séjourner dans les parties et agir comme un bain local. » (Ricord.) Il est un autre moyen plus commode de garder le liquide; mais il ne convient qu'aux personnes qui n'ont pas le vagin très-spacieux. Il consiste à se servir de la seringue en verre, usitée pour les injections uréthrales chez l'homme. La seringue remplie est introduite à cinq centimètres de profondeur, de manière à ce que ce ne soit pas seulement son bec, mais sa partie renflée, son corps qui pénètre dans le vagin. La femme attire alors de la main gauche les bords de l'orifice par en haut, de façon à en coiffer exactement la seringue; puis elle pousse le piston de la main droite. Cela fait, il faut tenir la seringue dans la position où on l'a fixée, et l'y garder pendant tout le temps qu'on désire garder l'injection.

L'*irrigateur* est préférable lorsqu'on veut laver à grande eau, ce qui suffit quelquefois, et est d'ailleurs toujours utile avant de faire les injections à garder en place. Ces injections à grande eau, à jet énergique et froides, ont, indépendamment de leur composition, une efficacité spéciale dans les écoulements dits *passifs*.

Enfin, il existe des appareils destinés à faire séjourner dans le vagin le liquide injecté. Le meilleur de tous est incontestablement celui qu'avait imaginé et fait

Les premières boulettes doivent être assez petites pour pouvoir s'insinuer dans les culs de sac utéro-vaginaux. En retirant le speculum, bien appuyer sur les boulettes avec la longue pince qui a servi à les enfoncer, afin qu'elles restent exactement en place.

Ce pansement réalise à la fois la médication isolante et la médication astringente. On le laisse six ou huit heures en place; après l'avoir retiré, on fait une injection détersive.

2° Pour cautériser, on place d'abord le speculum; et le col étant bien apparent, on commence par toucher son orifice, sa surface extérieure, ainsi que les culs de sac, avec le nitrate d'argent solidement emmanché dans un canon de plume. Cela fait, on retire lentement le speculum, et, à mesure qu'il sort, on porte le nitrate sur les parties de la surface vaginale que le retrait de l'instrument met à découvert et qui viennent successivement se présenter dans son champ. Avant de terminer, pousser vivement une injection d'eau froide avec une petite seringue qu'on a chargée d'avance; on évite ainsi que les parties de nitrate d'argent restées intactes ne viennent inutilement et très-douloureusement cautériser la vulve. — La cautérisation doit être réitérée trois ou quatre fois, à six ou huit jours d'intervalle.

Est-il nécessaire d'ajouter qu'on devra tenir compte de l'état général, des complications discrasiques ou diathésiques, notamment de l'anémie, de la scrofule et de la gastralgie, causes si actives et si communes de la persistance des écoulements vaginaux, et qui, jointes à l'influence du froid humide, font si souvent dégénérer le flux blennorrhagique du vagin en cette espèce de sécrétion insidieuse, rassurante par son aspect mais dangereuse par son origine et ses propriétés contagieuses, qui, sous le nom de *fleurs blanches*, est l'agent principal de pro-

construire, sur les indications du docteur Borin, feu Liébert de Lyon, et qui se vend sous le nom d'*injecteur Garnier*. Avec cet appareil, le liquide peut être gardé aisément pendant 8 ou 10 heures, même la malade marchant

pagation de la blennorrhagie, dans toutes les classes de la société.

Ajoutons, après avoir énuméré les diverses médications en usage — et je le déclare, non pas seulement d'après ce que j'ai observé chez mes clientes, à moi, — ajoutons que l'effet de ces remèdes n'est rien moins qu'assuré ; que malgré le soin qu'on met à les appliquer, à les varier selon l'indication, trop souvent il reste une habitude de sécrétion, dont les femmes, plus lasses du traitement que de la maladie, s'accommodent en général fort volontiers, mais dont le praticien, qui en sait les conséquences, déplore la ténacité moins comme un opprobre pour la médecine, selon l'expression consacrée, que comme un danger permanent pour la santé publique. Assurément, sur ce point, la thérapeutique n'est pas faite ; mais, en attendant un progrès nécessaire, n'en employons qu'avec plus d'exactitude et de persévérance les ressources qui sont actuellement à notre disposition.

La *métrite*, c'est-à-dire l'inflammation de la muqueuse utérine, complique parfois la blennorrhagie vaginale. Elle nécessite, à l'état d'acuité, le repos au lit avec flexion des cuisses, des cataplasmes émollients sur l'hypogastre, parfois une application de sangsues sur le point le plus sensible du ventre, de doux laxatifs, des quarts de lavements laudanisés ; au déclin de l'acuité, des frictions rubéfiantes sur l'abdomen avec la teinture d'iode, ou même un vésicatoire volant, des bains réitérés et prolongés. Pendant cette période, s'abstenir de toute médication par le vagin.

Plus tard, lorsqu'en touchant le col, en le poussant en haut avec le doigt, en faisant tousser la femme, on ne produit plus de douleur, il est temps d'en venir aux moyens locaux. On porte dans le col et on y laisse à demeure des petits cônes faits avec partie égale de tannin et de gomme arabique. Dans les cas rebelles, on cautérise avec le crayon de nitrate d'ar-

gent fondu[1]. Enfin, les bains de siége, les douches d'eau froide (dans le vagin, sur l'hypogastre et les reins), les bains de mer, les eaux sulfureuses, l'hydrothérapie ont complété plus d'une guérison dont la lenteur tenait bien plutôt à la présence de quelque dyscrasie ou de quelque diathèse qu'à quoi que ce fût de spécifique.

BLENNORRHAGIES EXTRA-GÉNITALES.

Quelques auteurs décrivent une blennorrhagie buccale, nasale, auriculaire, ombilicale, etc. Non-seulement je n'en ai jamais observé, mais, pendant mes six années de majorat à l'Antiquaille, voulant m'assurer de la réalité de ces assertions, j'ai bien souvent (plus de trente fois assurément), porté avec frottement dans les narines, sur la lèvre, sur les plis et à une certaine profondeur de l'anus, chez des blennorrhagiens, le bout de mon doigt chargé d'un peu de leur écoulement uréthral. Je choisissais, pour cet essai, des blennorrhagies aiguës, à sécrétion positivement contagieuse. Les malades, ne se doutant pas de ce que je venais de faire, ne prenaient aucune précaution pour en empêcher les suites. Eh bien ! jamais, je n'ai vu rien qui ressemble à un effet quelconque produit sur ces membranes ainsi souillées à dessein d'un pus contagieux laissé à demeure. Je ne vois donc d'indubitable, parmi ces blennorrhagies extra-génitales, que la blennorrhagie conjonctive, que je vais décrire : J'ajouterai cependant quelques mots sur les blennorrhagies anale, auriculaire et buccale.

[1] Les injections intra-utérines, qui ont eu un moment de faveur, sont aujourd'hui complétement abandonnées en raison des dangers qui en sont parfois la suite. Ces dangers sont rares, il est vrai, mais comme aucune précaution, aucun précepte n'ont pu conjurer la chance de les voir survenir, on a préféré renoncer à la médication capable d'y donner lieu : bon et jusqu'à présent stérile exemple donné par les gynécologues aux *chloroformisateurs*.

Blennorrhagie conjonctivale.

La plus grave de toutes, elle est heureusement assez rare. Je passe quelquefois une année entière sans en observer d'exemples. Il est vrai que ces cas peuvent aller, de préférence, dans les hôpitaux et les cabinets non spéciaux.

Elle résulte presque toujours du dépôt sur la conjonctive d'un peu de pus blennorrhagique fourni par le sujet lui-même ; rarement du pus provenant de la blennorrhagie d'un autre sujet.

Il importe d'étudier les occasions dans lesquelles a lieu ce contact accidentel. Les signaler c'est faire de la prophylaxie ; et, ici, là prophylaxie vaut bien la peine qu'on s'en occupe. C'est la meilleure médecine ; car, malgré tous les remèdes, trop souvent un œil contaminé est un œil perdu !

a. Le premier soin du blennorrhagien, dès son lever, est de voir s'il coule et ce qu'il coule. Il presse donc le canal et cueille du bout du doigt le pus qui sort. Mais ses paupières, *collées par le sommeil*, l'empêchant de bien voir, il les frotte de ce même doigt pour les décoller... Contagion.

b. Un blennorrhagien pisse contre un mur : rien de plus ordinaire. Mais le mur est poli ; mais un reste d'érection donne à l'angle d'incidence du jet une ouverture telle que sa réflexion dirige quelques gouttes vers l'orbite. Or les premières gouttes chassent devant elles du pus uréthral... Contagion. — J'ai observé un exemple de ce mécanisme chez un jeune homme atteint de blennorrhagie, qui, deux jours avant d'être affecté de conjonctivite purulente, s'était senti l'œil frappé par de l'urine, en pissant contre le tambour en tôle d'un bateau à vapeur.

c. Même danger, pour ceux qui, secouant la verge sans précaution pour chasser au dehors le pus de l'urèthre, en lancent ainsi une goutte qui peut s'introduire entre les paupières.

d. Quelques personnes, affectées de maux d'yeux, enten-

dent dire que le meilleur remède est de se laver avec sa *propre* urine. Ont-elles une blennorrhagie? La condition principale pour le succès du remède ainsi formulé fait évidemment défaut... Contagion.

e. Ici viennent les linges, éponges, objets de toilette ou de pansement ayant servi à un blennorrhagien; voire l'œil artificiel prêté par un blennophthalmique à son camarade. Ce sont là d'insidieux, mais très-communs, agents de contagion.

f. Le pus d'un œil malade peut couler par son propre poids dans l'autre œil, si le sujet, étant couché, a l'imprudence de tenir la tête appuyée sur le côté sain. C'est donc là une chance de contagion pour tous les malades, pour les *camards* surtout, a-t-on dit.

g. En traversant un vagin tapissé de pus contagieux, le nouveau-né y *peut* prendre le germe d'une véritable ophthalmie blennorrhagique, maladie analogue sous quelques rapports, mais bien supérieure en gravité à la blennophthalmie catarrhale si fréquente à cet âge, que l'on confond souvent avec l'ophthalmie blennorrhagique.

h. En examinant un blennorrhagien, le médecin trouve souvent le méat fermé par une croûte. Qu'il presse sans précaution le canal derrière cette croûte, et le pus qu'elle recouvre pourra lui jaillir entre les paupières... De même, en faisant des injections dans un œil affecté, vous pourrez être atteint par une goutte du pus que votre seringue expulse de l'œil du malade... Pendant que vous examinez un enfant, son pus lui coule des paupières sur la joue, de la joue dans la bouche : il le crache en l'air pour s'en débarrasser et vous le recevez dans l'œil. Voilà des exemples très-réels et très-utiles à connaître, d'ophthalmie blennorrhagique par cause professionnelle.

i. Il existe des cas d'inoculation pratiquée intentionnellement, surtout de mari à femme, dans un but coupable, par haine ou vengeance.

j. Enfin, citons pour mémoire les inoculations faites pour obtenir la guérison du pannus.

L'inflammation blennorrhagique de la conjonctive atteint si rapidement un haut degré d'intensité qu'on n'est pas longtemps exposé à la confondre avec une ophthalmie catarrhale. Il faut donc observer avec une attention, suivre avec une vigilance extrêmes toute irritation oculaire qui vient à se développer chez un sujet atteint de blennorrhagie. N'exagérons rien, cependant : certains malades, avertis du danger possible, et très-timorés, viennent parfois vous demander avec instance des remèdes énergiques, la cautérisation même, pour la moindre rougeur qu'ils se découvrent aux paupières... Résistez dans une juste mesure. Informez-vous s'ils ne sont pas habituellement sujets aux ophthalmies. Demandez, en tout cas, quelques heures pour vous décider, le mal révèlera lui-même sa nature par la rapidité de ses progrès.

Sa marche, en effet, est caractéristique. A la rougeur initiale, avec cuisson et chaleur, qui s'observe dans toute ophthalmie, succède rapidement une coloration beaucoup plus foncée des tissus et une douleur violente. En peu d'heures, les paupières deviennent œdémateuses ; la supérieure, plus tuméfiée, retombe au-devant de l'inférieure qu'elle recouvre en partie. En la soulevant et l'écartant de l'autre, ce qui ne s'obtient qu'avec peine, il sort comme un flot de pus, séreux au début, mais bientôt jaune ou vert, épais, qui excorie les paupières déjà enflammées par leur participation au processus qui a frappé la conjonctive. La fièvre reste modérée ; mais le malade souffre d'irradiations névralgiques péri-orbitaires aiguës. En mettant l'œil à nu, on constate un chémosis considérable. Quant à la cornée, tantôt elle est mortifiée par le fait même de ce chémosis, de ce gonflement qui, pressant sur toute sa circonférence, y suspend l'apport des éléments de nutrition ; tantôt elle subit un épanchement purulent interstitiel, qui d'abord l'opacifie, puis l'ulcère. Soit par l'un, soit par l'autre

de ces deux mécanismes, si le mal dure quelques jours, on la voit se perforer, et les humeurs de l'œil sortent, laissant un staphylôme de l'iris ou un moignon informe voué à l'atrophie progressive.

Ce désastre irrémédiable n'est pas seulement, notons-le bien, *une des terminaisons possibles* de la blennorrhagie conjonctivale. C'en est la conséquence assez fréquente, la conséquence à peu près certaine, si l'art n'est pas intervenu à temps et énergiquement.

La thérapeutique, en effet, doit ici être souverainement active. Mais gardez-vous de croire également efficaces toutes les forces dont elle dispose. S'il ne vous est donné de commencer le traitement qu'à la période moyenne, alors qu'il y a gonflement extrême, fièvre intense, souffrance portée au point d'amener une agitation qui se rapproche du délire, je comprends que les médications dites générales, une saignée, 8 ou 10 sangsues au-dessous de l'oreille, une bouteille d'eau de Sedlitz, réitérée deux fois en trois jours, soient indiquées, ainsi que la diète, les pédiluves, la glace à demeure (*loco dolenti*). Mais le traitement local doit tout primer; aucun remède n'en dispense, et il suffit toujours lorsqu'on a pu l'employer de bonne heure.

Or, ce traitement local a deux indications capitales à remplir simultanément : modifier par la cautérisation la membrane qui fournit le pus; empêcher la stagnation de ce pus entre les paupières.

On cautérise la conjonctive avec le crayon de nitrate d'argent[1]. Il faut le porter rapidement sur les surfaces conjonctivales de la sclérotique et des paupières, principalement sous la supérieure, en ayant soin d'éviter la cornée. Tenez toute prête, et faites aussitôt après, une injection d'eau salée, pou

[1] Solidement emmanché dans un canon de plume d'oie, et qu'on a préalablement frotté sur un linge mouillé de manière à lui former une pointe mousse.

neutraliser l'excès de substance caustique laissée en place.

Dans les cas moins graves, on peut remplacer cette opération, toujours très-douloureuse — et à laquelle le malade et sa famille ne manqueront jamais d'attribuer les accidents qui surviendraient ultérieurement — par l'injection pratiquée successivement dans les deux culs-de-sac oculo-palpébraux avec une solution de nitrate d'argent au 15me ou au 10me.

La cautérisation, soit directe, soit par injection, si elle a été bien faite, n'a que rarement besoin d'être répétée. Cette répétition, d'ailleurs, sera d'autant moins nécessaire qu'on aura plus tôt et plus exactement employé, concurremment avec ce premier moyen, celui dont il me reste à parler, c'est-à-dire les douches ou injections.

On ne saurait, en effet, apporter trop d'empressement et trop de vigilance à l'exécution de ces lavages destinés à empêcher la stagnation du pus contagieux. Dans un hôpital et même en ville, avec un peu d'ingéniosité, on organise assez aisément les douches; mais elles exigent cependant un appareil et le concours d'aides spéciaux.

La petite seringue à injection en verre, au contraire, est partout sous la main; et en enseignant aux parents ou amis du malade à s'en servir, on évite de perdre en préparatifs un temps précieux.

Le procédé est simple : remplissez, à moitié seulement, la seringue d'une solution aqueuse d'alun ou de sulfate de zinc au 100me. Faites écarter les paupières par un aide. Placez-vous en face du malade, mais un peu plus du côté sain. La seringue étant saisie de l'une de vos mains, par le haut de son corps et son piston, prenez avec l'autre main sa base tout près du bec, et approchez ce bec obliquement de la muqueuse, sans la toucher, du côté du grand angle de l'œil[1].

[1] Il serait plus commode d'injecter par l'angle externe de l'œil, mais en agissant ainsi, on aurait à craindre qu'une parcelle du pus contagieux ne fût chassée par l'injection dans l'œil sain.

Poussez alors, poussez d'un jet brusque et vif, qui puisse chasser par l'angle opposé de l'œil toutes les sécrétions déposées à sa surface. Pour bien faire, consacrez spécialement une seconde injection à balayer le cul-de-sac de la paupière supérieure. Au moment précis où vous donnez le coup de piston, n'oubliez pas, en *ouvrant l'œil* du malade, de *fermer* le vôtre, de crainte d'accident.

Voilà l'injection faite. Mais il faut la répéter.

« La répéter... Combien de fois? A quel intervalle? » demandera-t-on.

Je réponds : toutes les demi-heures, plus souvent même parfois, s'il est possible. La séance est laborieuse, je l'accorde, mais le danger presse. Il n'y a qu'un temps pour sauver l'organe de la destruction qui le menace. Utilisons ce temps. Faisons appel à tous les dévouements éclairés. Organisons auprès du malade un service de jour et de nuit, alterné pour le personnel, mais incessant pour la régularité des soins. C'est l'heure où chacun doit payer de sa personne, le médecin avant tout autre.

Après quelques jours de fatigues, on reconnaît que les fatigues ont porté leur fruit ; il n'y a plus qu'une conjonctivite simple. — Ainsi transformée, l'affection est devenue du ressort de la pathologie oculaire. Nous n'avons donc à nous en occuper que pour mettre le médecin en garde contre les retours de l'état contagieux, qui se produisent quelquefois inopinément, et contre lesquels il faut, sans tarder, faire de nouveau usage de la médication spécifique.

Blennorrhagie anale.

N'ayant vu aucun cas de cette maladie, je dois la croire très-rare. Est-elle une blennorrhagie véritable? N'est-elle qu'une inflammation simple, produite et entretenue, comme la balanite, par quelque état diathésique?... Il est très-difficile de se

prononcer à cet égard; d'abord parce qu'on manque d'observations détaillées; puis, parce que les causes qui portent au contact de l'anus du pus blennorrhagique, c'est-à-dire les manœuvres de la sodomie, déterminent souvent des chocs, des déchirures d'où peut résulter de l'irritation. Cependant, chez les femmes, la contagion peut s'opérer par un autre mode, sans violence; c'est quand la matière blennorrhagique qui coule du vagin vient, durant le décubitus horizontal, baigner la marge de l'anus. Il est vrai que Vidal, à qui j'emprunte ce passage, dit que ce muco-pus peut « déterminer là une *espèce* de blennorrhagie. »

Quoi qu'il en soit, si, avec le signalement local infundibuliforme du sodomiste, on voit la muqueuse de son anus rouge, excoriée, secrétant une matière purulente, il faut d'abord s'assurer si cet état ne tient pas à un traumatisme spécial de date récente; il faut vérifier, en second lieu, s'il ne dépend point de la présence d'hémorrhoïdes, de rétrécissements, fistules, fissures, plaques muqueuses, végétations, ou quelque autre lésion. Et si la sécrétion paraît, comme on le disait jadis, idiopathique, on doit, selon le degré d'inflammation, agir d'abord par les émollients dans le cas de phlegmasie aiguë, ou en venir immédiatement aux astringents, aux caustiques même, si l'inflammation est modérée.

Mais quelle que soit la nature de la médication choisie, la manière de l'appliquer est identique. Il faut toujours employer un tampon de charpie, assez volumineux pour séparer le côté gauche du droit, mais pas assez volumineux pour produire une distension incommode. Après avoir enduit ce tampon, selon les cas, soit de cérat saturnin, soit de pommade au tannin, à l'extrait de ratanhia, ou au nitrate d'argent, on le pousse dans l'anus assez haut pour qu'il tienne ; puis on étale, au niveau de la marge de l'anus, en forme d'éventail, la partie de ce tampon qui déborde à l'extérieur. Ce pansement sera réitéré

deux ou trois fois par jour, selon l'abondance de la suppuration.

Si la source du pus semble être dans un point plus élevé que celui auquel le tampon ainsi porté peut atteindre, on le remplacera par une mèche, dirigée avec le porte-mèche, ou par une injection faite avec la seringue à injection uréthrale ordinaire. Si, au moyen de cette seringue, on ne peut pas pénétrer à une profondeur suffisante, on introduira d'abord à la hauteur voulue une sonde en gomme élastique de 8 à 10 millimètres; et c'est par l'orifice de cette sonde, laissé à l'extérieur, qu'on poussera l'injection.

Quatre ou cinq injections, espacées à trois jours d'intervalle, et faites avec une solution de nitrate d'argent à 1/50 me paraissent le meilleur mode d'emploi.

Blennorrhagie auriculaire.

D'après Linche, cette maladie est caractérisée par l'abondance extrême, l'odeur particulière de l'écoulement, sa coloration blanc jaune, l'augmentation rapide de sa consistance, la rougeur qui envahit uniformément le derme du méat auditif, sans être accompagnée d'un gonflement considérable, enfin, par la faculté qu'a l'écoulement d'irriter et d'excorier les parties voisines.

Lentin et Reil, en Angleterre, confirment par leur observation l'opinion du médecin allemand.

Si l'on se trouvait en présence, ce qui ne m'est jamais arrivé, d'un cas semblable, quelques injections, d'abord faiblement caustiques, puis astringentes, détersives, feraient la base du traitement.

Blennorrhagie buccale.

Quelques auteurs, dignes de foi, décrivent une inflammation de la face interne des lèvres avec rougeur, dépolissure de

la muqueuse, gonflement de l'organe, survenue après un contact suspect. La cautérisation est le meilleur moyen à employer.

HERPÈS RÉCIDIVANT DES ORGANES GÉNITAUX

Je définissais ainsi, en 1865, cette maladie : « Herpès preputialis : Etat fluxionnaire intermittent, qui reparaît tous les deux ou trois mois, sous forme d'un groupe de vésicules, de cinq à six jours de durée ; il succède souvent aux chancrelles, plus rarement à la blennorrhagie[1]. »

Depuis lors, ces idées ont été développées avec un talent magistral par M. le Dr Doyon dans une monographie qui a fixé la science et à laquelle notre collaboration actuelle m'autorise et m'invite à faire de larges emprunts.

Chez quelques sujets, trois ou quatre semaines après la fin d'une blennorrhagie, plus fréquemment d'une chancrelle, on voit apparaître près du siége de la lésion primitive, une rougeur accompagnée de prurit. Sur cette plaque rouge, un peu élevée, un peu villeuse, se dessinent 3, 4 ou 5 petites saillies très-rapprochées, qui bientôt deviennent des vésicules, pleines d'un liquide transparent. Elles se rompent, ou bien, en grattant, le malade les rompt; le liquide épanché forme alors une croûte, sous laquelle la légère érosion, que surmontait la vésicule, parcourt ses périodes et se cicatrise, la maladie n'ayant duré, en moyenne, que cinq ou six jours.

C'est tout ; et cela paraît bien peu, n'est-ce pas? Oui! mais, comme le disait Madame de Sévigné à propos de quelque chose d'analogue, cela reviendra encore dans deux mois; puis dans deux mois encore ; et ainsi de suite pendant plusieurs années, et toujours, soyez-en sûrs, au moment le plus

[1] *Résumé de pathologie et thérapeutique des maladies vénériennes et syphilitiques*, page 7.

inopportun, apportant à l'improviste des entraves à l'accomplissement de celle de nos fonctions qui se résigne le moins à attendre ; inspirant toujours, par sa ressemblance avec la chancrelle, de vives alarmes au malheureux herpétique ; enfin, et malgré tout ce qu'on peut leur dire, donnant à d'autres et très-nombreux malades, par ses incessantes récidives, la conviction qu'ils sont frappés de syphilis et de syphilis incurable. Ajoutons que, quoique la durée ordinaire de chaque attaque d'herpès soit de cinq à six jours, il n'est pas très-rare de la voir se prolonger du double. J'ai même souvenir de deux cas où un homme, parfaitement et certainement continent, avait tous les deux ou trois mois des plaques d'herpès qui se transformaient en un ulcère offrant (moins la profondeur de la plaie et l'inoculabilité de la sécrétion) tous les caractères de la chancrelle, ulcère qui mettait au moins quinze jours à se cicatriser.

J'ai décrit la forme la plus commune, la forme type. Mais la fluxion herpétique n'apparaît quelquefois que comme simple plaque erythémateuse, comme légère excoriation, ou (si la partie a subi des frottements) comme fissure ou *coupure*.

La fluxion d'herpès a lieu sans fièvre, sans réaction gastrique. Elle réapparaît presque toujours au siége qu'elle a primitivement choisi. S'il lui arrive, cependant, de s'en écarter un peu, de frapper d'autres endroits, jamais, du moins, elle ne dépasse la sphère génitale. Quand une attaque a été très-intense, les suivantes sont ou retardées ou plus faibles. On la voit quelquefois suivre immédiatement un excès de table, un voyage fatigant, surtout le coït et spécialement le coït avec une femme nouvelle ; mais alors même qu'il éviterait le plus soigneusement possible ces diverses influences, le sujet qui est en possession d'herpès verra, je le lui garantis, ses attaques reparaître.

« Le sujet qui est en possession d'herpès, » ai-je dit ; et ces mots suggèrent une autre question. « Quel est donc ce mal à la fois si redouté et si bénin, écrit M. Doyon, qui, chaque fois, s'éteint spontanément, comme la fluxion la plus simple, et montre, dans ses récidives, l'opiniâtreté des diathèses les plus invétérées ; ce mal qui, parmi les porteurs de chancrelle, de blennorrhagie, en choisit quelques-uns et laisse les autres indemnes ? »

Ce mal qui, pour la plupart des médecins, n'est qu'une dermatose simple, qui, aux yeux de presque tous les malades, passe pour une affection vénérienne, est en réalité *une dermatose survenue* A L'OCCASION *d'une maladie vénérienne*. Il serait oiseux d'exposer ici en détail les différences qui le séparent de la syphilis, avec laquelle il n'a de commun qu'un seul trait, la ténacité de ses récidives.

Mais si cette dermatose peut venir à l'occasion d'une maladie vénérienne, d'une chancrelle, par exemple, pourquoi ne l'observe-t-on pas chez tous les sujets qui ont une chancrelle ?

La raison est fort simple : Parce que la maladie vénérienne n'est qu'une occasion, et que, outre l'occasion, il faut, pour qu'un effet se produise, quelque chose de plus, il faut une cause. Or, la cause, c'est la diathèse herpétique, autrement dit le vice dartreux. En termes plus clairs, l'herpès récidivant des organes génitaux ne survient que chez les sujets qui, étant dartreux, ont une maladie vénérienne locale (une blennorrhagie, une chancrelle). Cette maladie vénérienne agit donc uniquement en poussant la fluxion herpétique, en excitant la jetée diathésique à se faire à cette place.

Donc, tous les blennorrhagiens ou chancrelleux qui ont l'herpès récidivant étaient dartreux[1] ; c'est exact. Mais, la réci-

[1] L'existence de la dartre chez les sujets atteints d'herpès récidivant ou chez leurs ascendants, évidente dans la plupart des cas, parait dans quelques autres assez difficile à démontrer. Il faut peu compter, pour en avoir la preuve, sur

proque est-elle également vraie? Peut-on renverser les termes? Peut-on dire : « Tout individu dartreux, qui viendra à avoir une chancrelle, par exemple, sera fatalement voué à l'herpès récidivant?... » La science ne comporte pas encore une réponse positive à cette question. Mais elle possède, toutefois, un de ses éléments. Parmi les sujets dartreux qui contractent une chancrelle, ceux qui sont le plus exposés à voir ensuite survenir l'herpès récidivant sont ceux qui ont abrégé la durée de leur chancrelle en la cautérisant dès son apparition. L'observation prouve ce fait, non-seulement par des exemples directs très-nombreux, mais quelquefois par voie d'épreuve et de contre-épreuve. On a vu des malades chez lesquels une première chancrelle avait été abandonnée à elle-même, et n'a pas été suivie d'herpès, tandis qu'une seconde, prise un ou deux ans après, et qu'on a *tuée* sur place en quelques jours par la cautérisation, donne lieu à l'herpès récidivant. D'autre part, la chancrelle phagédénique, dont la durée est très-longue, ne s'accompagne pas d'herpès [1].

l'aveu des malades qui, à toutes vos questions, répondent invariablement que « eux et leur famille ont toujours eu le sang pur! » M. Doyon a cité d'incroyables exemples de cet aveuglement, et montré en même temps comment on réussit à le dissiper.

[1] Voici en quels termes j'ai expliqué le mode selon lequel l'extinction hâtive de la chancrelle contribue à engendrer à sa suite l'herpès récidivant.

« Rappelons-nous les lois de l'éclosion des végétaux. Si plusieurs graines sont semées les unes à côté des autres, celle qu'on laisse se développer épuise à son profit et au préjudice des autres la propriété nutritive du terrain. Au contraire, l'arrête-t-on dans son cours, alors, en périssant, elle permet un certain développement aux autres graines, qui sans cela auraient avorté.

« Eh bien! pour moi les poussées d'herpès ne sont autre chose que l'éclosion imparfaite, ébauchée des graines de chancrelle, qui, déposées lors du coït, auraient été complétement étouffées par la végétation de l'une d'elles, si l'on avait laissé cette végétation suivre son cours sans entraves. »

Un fait clinique, admis par tous les observateurs, trouve son explication dans cette manière de voir. On sait que, lorsque plusieurs chancrelles apparaissent chez le même sujet, les dernières venues s'étendent moins et durent moins longtemps : cela est surtout évident lorsque les éclosions successives de chancrelles ont lieu dans la même région. Pourquoi?... tout simplement parce que les premières ont *épuisé le terrain*. La syphilisation a fourni d'innombrables exemples de cette décroissance des chancrelles, dont elle avait fait à la fois un de ses moyens d'action et un de ses moyens de démonstration.

Contre l'herpès récidivant, contre cette toute petite et toute simple incommodité, il n'y a pas moins de quatre traitements à mettre en œuvre : traitement préventif, traitement palliatif, traitement spécifique et traitement moral.

Le *traitement préventif* consiste à imprimer au traitement de l'accident primitif susceptible d'occasionner l'herpès, c'est-à-dire de la blennorrhagie et surtout de la chancrelle, une direction telle qu'il contribue le moins possible à produire le développement de cette dermatose. — Ce point sera discuté au sujet du traitement de la chancrelle.

J'appelle *traitement palliatif* l'ensemble de moyens par lesquels, à défaut de l'agent spécifique, on s'efforce de diminuer la fréquence et la durée des retours de l'herpès. En effet, le traitement spécifique, dont il sera parlé ci-après, n'est pas à la portée de tous ; il ne peut s'exécuter en toute saison ; enfin, il ne réussit pas toujours du premier coup, et, dans l'intervalle entre ses applications, il faut bien *faire quelque chose*.

Ce traitement palliatif comprend quatre indications : Éviter les causes occasionnelles des poussées ; la poussée s'étant produite, l'abréger autant que possible ; après la poussée, travailler à rendre le tégument moins accessible à la fluxion ; enfin opérer une dérivation sur la peau ou le canal intestinal. L'ordonnance suivante est rédigée dans ce sens :

N° 29. — « Lors de chaque nouvelle invasion de boutons d'herpès, y appliquer matin et soir un peu de charpie mouillée de

Eau distillée.	18 grammes.
Nitrate d'argent.	7 décigrammes.

« Si les boutons sont sur la peau, remplacer cette application par une friction faite, matin et soir, avec

Axonge.	12 grammes.
Nitrate d'argent.	5 décigrammes.

« Les applications ou frictions ne seront continuées que pendant les trois premiers jours.

« Dans l'intervalle entre les attaques, baigner, matin et soir, la partie dans un verre plein d'eau végéto-minérale.

« En sortant de ce bain, étendre un peu de

Glycérine.	20 grammes.
Tannin.	1 »

« Éviter les écarts de régime, surtout les excès de bière et de vin blanc. En fait d'hygiène spéciale, constance, sinon continence.

« Quelques doux purgatifs, surtout aux changements de saison. Au printemps, boire des sucs d'herbes. L'été, bains de rivière ou de mer ou douches froides. L'hiver, porter de la flanelle. »

Ce plan thérapeutique paraît assez rationnellement combiné, n'est-ce pas? Eh bien! il faut le dire, il ne réussit pas à beaucoup près autant que, *à priori*, on devrait le croire. J'ai essayé, en fait de topiques préventifs, tous les astringents connus, minéraux et végétaux, en poudres, solutions, pommades, cataplasmes, bains locaux ; en fait d'agents de la médication dérivative, les purgatifs, les altérants, les bains sulfureux, résineux, l'hydrothérapie, l'arsenic, les délayants, le régime sévère ; car, aidé par l'extrême docilité, par la persévérance exemplaire de cette sorte de malades, on peut aller très-loin dans une telle voie... Eh bien! je n'ai jamais obtenu qu'un résultat des plus médiocres, et mes confrères, je le sais, ne sont pas plus heureux que moi.

On peut bien, il est vrai, dire aux porteurs d'herpès que leur affection n'a aucune gravité, qu'elle n'est qu'incommode, qu'il n'y a à en redouter ni infection pour soi ni contagion par le coït. Oui! répétez-le leur aussi souvent qu'ils reviendront vous conter leurs doléances, leurs appréhensions; affirmez-le avec toute l'autorité que vous donne leur confiance;

appelez leur attention sur ce fait patent que jusqu'alors, — c'est-à-dire depuis plusieurs mois, parfois depuis plusieurs années, — nul accident grave ne s'étant déclaré chez eux, l'événement donne clairement raison à votre pronostic.... Ils ne vous rediront pas moins, à chaque nouvelle récidive : « Docteur, je n'y puis plus tenir ; docteur, guérissez-moi, je vous en supplie ! »

Donc, le *traitement moral* échouant aussi bien que les autres, c'est au *traitement spécifique* qu'il faut recourir.

Mais ce traitement spécifique quel est-il? Naturellement celui qui s'adresse à la cause.

Or, ici, la cause est la dartre, l'herpétisme. Ne cherchons donc pas le remède ailleurs que dans l'emploi méthodique et suffisamment continué des eaux minérales appropriées à cette indication, des eaux sulfureuses.

Toutes les eaux minérales, on ne le sait que trop, ne guérissent pas toutes les dartres. Mais heureusement, il y a des exceptions, et, pour l'affection dont nous parlons, pour l'herpès récidivant, il est une source qui a réellement la vertu d'un antidote, c'est l'eau chlorurée sodique sulfureuse d'Uriage.

Je suis loin, remarquons-le, de m'inscrire contre les prétentions fort plausibles des sources congénères : J'admets volontiers que Cauterets, Luchon, Saint-Gervais *puissent* aussi guérir. Mais j'affirme, pour l'avoir vu cinquante fois au moins, et bien vu, j'affirme que Uriage *guérit*. D'ailleurs, ceux qui ordonnent commencent à le savoir aussi bien que ceux qui souffrent ; et je puis, en toute sûreté, sans apporter ici de preuves détaillées, m'en tenir à cette simple assertion, corroborée comme elle l'est aujourd'hui par l'autorité la plus décisive, l'unanimité des médecins et la reconnaissance des malades.

CHANCRELLE[1]

Cette maladie, de date très-ancienne, s'est perpétuée jusqu'à nos jours, grâce sans doute à la propriété qu'elle possède de se transmettre non-seulement entre sujets différents, mais d'une région à l'autre du même sujet, par l'inoculation sous-épidermique de sa matière de sécrétion ou même par le simple contact, opéré avec frottement, de cette matière.

Un nuage a longtemps obscurci l'histoire de cette affection. Comme la chancrelle est constituée par un *ulcère*, il a suffi de ce trait pour la faire, pendant plus de trois siècles, confondre avec une autre maladie née ultérieurement, la syphilis; et cela quoique l'unique analogie de la syphilis avec la chancrelle consiste en ce que sa première lésion a, elle aussi, la forme ulcéreuse.

— « Mais la syphilis est une affection constitutionnelle,

[1] J'ai créé et je continue à employer ce mot : 1° parce qu'il exprime bien qu'il y a entre le chancre *infectant* et le chancre *non infectant simple* une différence aussi profonde qu'entre la variole et la varicelle, maladie qui n'a aucun rapport avec la variole, ne garantit pas ultérieurement de ses atteintes, et peut survenir chez un sujet récemment variolé ou vacciné; 2° parce qu'il laisse au mot *chancroïde* sa seule acception admissible, celle qui, comme pour la varioloïde, désigne la lésion locale née de l'insertion du virus syphilitique sur un sujet déjà atteint de la syphilis; 3° parce que, formant très-aisément le radical de verbes et d'adjectifs, il permet de désigner d'un seul mot certaines lésions qui, sans ce secours, pour être dénommées correctement, exigeraient toute une phrase.

criaient la raison et l'expérience, tandis que la chancrelle n'est qu'un mal local. — Mais tout, dans ces deux maladies, diffère : durée de l'incubation, physionomie, réinoculabilité, évolution, curabilité, etc. — Mais d'après l'expérimentation et d'après les confrontations entre sujet infectant et sujet infecté, il est établi que jamais la chancrelle ne provient que du contact de pus chancrelleux, que jamais la syphilis ne provient que du contact de sécrétion syphilitique. — Mais enfin la forme ulcéreuse, le seul trait commun aux deux maladies, est si peu un lien entre elles que, loin de se ressembler, l'ulcère chancrelleux et l'ulcère syphilitique sont aussi dissemblables que possible !... »

Rien n'y fit : toute une école, invoquant, elle aussi, la raison et l'expérience, persistait à dire : « Si l'un de ces deux ulcères s'éteint sur place et si l'autre est suivi de lésions constitutionnelles, ce n'est pas qu'ils soient de nature différente ; c'est parce que l'organisme des deux sujets que le virus a atteints offrait des conditions différentes qui ont agi sur ce virus, et l'ont, quoique identique, modifié lui-même de manière à changer ses propriétés. » Il est vrai que, lorsqu'on demandait à cette école, à l'école *unitéiste*, de s'expliquer sur ces fameuses *conditions individuelles*, lorsqu'on la priait non pas de les préciser, non pas même d'indiquer d'avance chez quels sujets elles allaient manifester leur effet, mais simplement d'en reconnaître après coup la présence, il est vrai que, courbant la tête, nos intrépides théoriciens gardaient le silence ou faisaient entendre un humble *quid ignotum, quid divinum !...*

Mais une autre classe d'argumentateurs, bons logiciens ceux-là et observateurs irréprochables, gardaient, dans le camp de l'unitéisme, une position plus forte, et inexpugnable en apparence. S'en tenant à la clinique, ils avaient recueilli un nombre, limité, mais suffisant de faits très-embarrassants pour les dualistes. En effet, dans ces cas, parfaitement au-

thentiques, on voyait des lésions constitutionnelles, également incontestables, survenir chez des sujets dont l'ulcère initial avait offert, soit à l'examen, soit à l'inoculation, tous les caractères de la chancrelle. « Donc la chancrelle, disait-on, peut être l'antécédent, l'origine de la vérole!... »

Mais cet ulcère, qui avait tous les caractères de la chancrelle, n'en avait-il pas d'autres?... C'est à l'un des plus dignes représentants, à celui que j'aime à appeler fondateur de l'école lyonnaise qu'appartient l'honneur d'avoir posé cette question ; et, pour lui, la poser ce fut la résoudre. M. Rollet ne tarda pas à démontrer que : du pus de chancrelle déposé sur un chancre donne lieu à un ulcère particulier, lequel possède les propriétés de tous les deux (chancre mixte); — que l'on observe, en clinique, des exemples avérés de cette fusion, dus soit au dépôt accidentel sur l'un des deux ulcères de la sécrétion de l'autre, soit à l'éclosion successive de l'un, puis de l'autre en un même point, qui a reçu la double contamination; — que, par conséquent, dans les cas où l'on avait cru la vérole consécutive à une chancrelle, la vérole, en réalité, avait été consécutive à un chancre mixte, ou, pour préciser, à l'élément chancreux qui coexiste, dans cet ulcère, avec l'élément chancrelleux. — Je complétai moi-même la preuve en montrant que, chez ces vérolés, l'éclosion consécutive des lésions secondaires est en retard de vingt à vingt-cinq jours, c'est-à-dire d'un temps égal à celui qui sépare l'incubation de la chancrelle d'avec l'incubation du chancre.

La découverte du chancre mixte était la ruine de l'unitéisme. Par leur colère décontenancée, par leurs incessantes railleries toujours côtoyant, sans jamais l'effleurer, le côté scientifique de la question[1], ses défenseurs ont témoigné, mieux que par l'aveu le plus explicite, à quelle profondeur le

[1] Cette appréciation sévère, mais trop méritée, ne s'applique point à M. Clerc, dont l'opposition, motivée sur des arguments de fond, mérite l'attention sérieuse de la critique.

coup avait porté. Aussi, laissant désormais en repos ces discussions doctrinales qui n'appartiennent plus qu'à l'histoire du passé, allons-nous succinctement nous occuper de la maladie locale, essentiellement et toujours locale, qu'on nomme *chancre mou*, *chancre simple*, *chancrelle*.

J'étudierai d'abord, d'une manière générale, l'évolution de la chancrelle ; puis j'examinerai, surtout au point de vue de l'influence qu'elles peuvent exercer sur son traitement, les modifications que la chancrelle présente, selon sa forme, sa profondeur, son extension, son siége histologique ou topographique, ses complications intrinsèques et extrinsèques. (Le bubon fait partie de ces complications.)

§ 1er. — *Évolution et diagnostic de la chancrelle.*

Quand elle a cinq ou six jours de date, — quand elle occupe une surface aisément explorable, — quand sa physionomie n'a pas été altérée par le phagédénisme ou la gangrène, ou par l'action de quelque topique, — quand elle n'est pas recouverte d'une croûte, — quand elle s'est développée sur une partie du tégument qui, antérieurement et actuellement, était intacte, exempte de maladie, la chancrelle est d'un diagnostic facile. Qui pourrait méconnaître ces ulcérations, toujours nées du contact, immédiat ou médiat, de pus de chancrelle ; donnant leur premier signe d'existence deux jours après l'acte contaminant, et offrant déjà, trois ou quatre jours après cet acte, leurs caractères objectifs pleinement accentués ; ulcérations comprenant ordinairement la totalité du derme, circulaires, multiples, à base molle, à bords taillés à pic, dit-on partout, mais, selon moi, plus que taillés à pic, *décollés ;* ulcérations dont le fond suppurant, saignant facilement, anfractueux, est couvert d'un détritus couenneux, pultacé ; ulcérations essentiellement progressives, mais non moins essentiellement tendant à la cicatrisation, douloureuses au toucher, au frotte-

ment, durant leur période d'augment; causant, pendant cette période, la sensation plus ou moins forte, mais toujours perceptible pour le malade un peu attentif, d'un *rongement* qui revient par intermittences; ayant une durée normale de quatre ou cinq semaines; subissant, comme toute lésion, l'influence des troubles de l'organisme, mais ne produisant jamais de viciation, d'infection constitutionnelle; d'ailleurs, spontanément et artificiellement réinoculables, et inoculables non-seulement aux hommes mais aux animaux, (on a dit plaisamment que j'en savais quelque chose) aptes à se développer chez n'importe quel individu et ne créant point, chez celui que ce contagium a frappé, d'immunité contre ces atteintes ultérieures.

J'ai dit à quelles conditions la chancrelle est aisément diagnostiquable. Reprenons-en la nomenclature, car l'absence de chacune d'elles est une cause d'obscurité, qu'il importe de détruire.

Date trop récente. — Dès le cinquième jour, une chancrelle a son aspect caractéristique. Mais, à ce moment encore, et à bien plus forte raison avant ce moment, le malade aime à douter, et si vous l'écoutez, il vous égarera. « Ce n'est qu'une écorchure, docteur, je suis sûr que ce n'est qu'une écorchure! » Voilà leur langage à tous. Mais demandez-leur s'ils ont bien réellement senti, au moment même du coït, la douleur qui doit accompagner une *déchirure*? s'ils ont constaté immédiatement ensuite, en se lavant ou en urinant, ce soi-disant traumatisme,... et déjà leur foi s'ébranle; car, la plupart du temps, ils n'ont senti, observé rien de pareil. Enfin, priez-les de réfléchir, de se demander à eux-mêmes s'il est donc naturel qu'une écorchure, qui ne serait qu'écorchure, dure plus de quatre ou cinq jours, qu'elle aille en s'étendant, qu'elle prenne une forme arrondie?... Leur illusion ne tiendra pas contre ces considérations si bien à la portée de leur intelligence.

Ces données serviront aussi au praticien à reconnaître lui-même les *vraies* écorchures, lesquelles se produisent au moment de l'acte, siégent de préférence sur le filet (où elles affectent la direction transversale) ou sur le limbe du prépuce (chez les sujets semi-phimosiques) ou à la fourchette; sont quelquefois, après douze ou quinze heures, très-enflammées, mais guérissent d'elles-mêmes, par le seul repos, en trois ou quatre jours, sans avoir un instant perdu l'aspect linéaire qui est leur forme propre.

Mais, d'ailleurs, une écorchure réelle, produite dans l'acte et par le fait de l'acte, peut, au bout de quelques jours, devenir une chancrelle : cela arrive soit quand la déchirure s'est, en même temps faite et inoculée durant le même coït, soit, ce qui est plus rare, quand, après le coït, elle s'est trouvée accidentellement en contact avec du pus de chancrelle.

Il est aussi une lésion, propre à la sphère génitale, et qui, comme l'écorchure, peut souvent être confondue avec une chancrelle au début; c'est l'*herpès*, qui a été décrit plus haut.

Bien entendu, ce n'est pas l'herpès durant son début, à la période vésiculeuse, qu'on pourrait prendre pour une chancrelle. Quand il est à l'état ulcéreux, et surtout quand l'ulcère s'est agrandi par la fusion de plusieurs vésicules, la méprise serait plus facile. On l'évitera en apprenant du malade qu'il a déjà eu (puisqu'il s'agit d'herpès *récidivant*) plusieurs attaques semblables, et toutes terminées spontanément en cinq ou six jours, et que la présente attaque a été, comme les autres, précédée de cuisson, de démangeaisons; en remarquant que le contour de l'érosion herpétique est enflammé et formé de plusieurs arcs de cercle (Fournier); en constatant que sa sécrétion n'est pas réinoculable; enfin qu'il ne produit pas de bubon. D'ailleurs, ce diagnostic, toujours demandé avec instance par les malades, n'a qu'un intérêt de curiosité, puisque le traitement local de l'herpès et celui de la chan-

crelle sont identiques, et que, quant au traitement général de l'herpès, il n'y a jamais urgence à l'appliquer.

Siége caché. — Il peut être caché :

A. Soit parce qu'il est hors de la *portée de la vue*, comme dans la fosse naviculaire ou sous un phimosis[1]. Dans ces cas, en palpant sur le point suspect on cause de la douleur, parfois du saignement ; il s'écoule au dehors une suppuration caractéristique, *inoculable ;* enfin la chancrelle, en progressant, ou en se réinoculant de proche en proche, devient quelquefois perceptible, finit, comme on dit, par *mettre le nez à la fenêtre*. On voit alors apparaître, au méat ou sur le limbe du prépuce, des ulcères à la fois effet et révélation de ceux qui existent plus profondément.

B. Soit parce qu'il est, en même temps, hors de la portée du toucher, comme dans l'urèthre, dans l'intérieur du col utérin. Heureusement ces cas sont très-rares ; mais il faut être averti de leur possibilité.

C. Soit parce qu'il occupe une surface plissée, l'anus, la vulve, l'arrière-cavité du prépuce. — « Déplissez la surface, » dira-t-on. — Bon conseil assurément, mais pour montrer combien, parfois, il est difficilement exécutable, qu'il me suffise de rappeler qu'un praticien souverainement expérimenté, que Clerc confesse avoir deux fois cherché vainement, avoir été sur

[1] Il y a fort souvent de la difficulté à discerner si la suppuration qui sort d'un prépuce à l'état de phimosis, provient de chancrelles sous-préputiales ou d'une blennorrhagie urétrale. Outre l'inoculation (que je ne conseille point de pratiquer pour un motif aussi peu important), il faut se rappeler que dans la blennorrhagie, si le gland est quelquefois douloureux à la pression, il ne l'est pas par places circonscrites (comme en cas de chancrelles) ; que cette pression ne provoque pas de saignement ; qu'elle n'existe que sur le trajet du canal, et vers la fosse naviculaire ; qu'elle fait défaut dans les parties supérieures et latérales du gland ; que la douleur s'exaspère durant la miction et surtout l'érection. Ces signes de la blennorrhagie, qui sont en même temps des signes négatifs de la chancrelle, suffisent au diagnostic.

Si les deux maladies coexistent, on le reconnaîtra à la présence simultanée de ces divers caractères, à l'abondance de la suppuration, et surtout à ce que, de jour en jour, la douleur, qui était d'abord limitée au gland et à la fosse naviculaire, gagnera des parties de plus en plus profondes de l'urèthre.

le point de laisser passer inaperçue une petite ulcération de la vulve, qu'il savait exister, qu'il ne pouvait découvrir, qu'il aurait finalement renoncé à trouver, si la femme, *se déplissant elle-même*, ne lui eût pas dit : « Voyez, c'est là ! » Cet exemple est en même temps un avertissement et un précepte.

Siége insolite. — A la joue, au cuir chevelu, à la paupière, aux lèvres, dans la bouche, sur les membres, un ulcère n'éveille pas, à première vue, l'idée qu'il est de nature chancrelleuse. Dans certaines conditions morales et sociales, il donnerait plutôt l'idée d'un aphthe, d'une lésion traumatique. Qu'on y songe, et qu'on évite encore plus de juger *sur la région* que *sur l'apparence.*

Apposition d'un corps étranger sur la chancrelle. — Souvent le malade vous présente son ulcère couvert de débris de charpie, d'une plaque de baudruche, de détritus de calomel ou de cendre de cigare.... Il est assez utile de savoir reconnaître l'aspect qui en résulte, et de ne pas prendre ces corps pour l'ulcération elle-même. Cette inadvertance, que le client se plaît à redresser immédiatement, porterait une atteinte sérieuse à votre prestige d'infaillibilité.

Plus souvent encore, par une bizarrerie singulière, le client qui vient, à midi, vous prier de dire ce que vous pensez de son ulcère, se l'est cautérisé le matin même, de sorte que vous voyez une brûlure, et pas autre chose. Parfois, alors, une petite partie de la surface, qui a échappé au caustique, vous permettra d'en apprécier la nature. Mais si cette ressource vous manque, suspendez le jugement qu'on vous demande, au lieu de vous exposer à errer en voulant le porter d'après des éléments insuffisants ou trompeurs.

Certains topiques laissent aussi, après leur emploi, une couche qui masque l'aspect de la plaie ; telle est la lie du vin aromatique, la concrétion demi-solide formée par l'acétate de plomb.

Mais le plus commun de ces corps étrangers est fourni par

la plaie elle-même. Dans toute chancrelle, dont le siége est exposé à l'air, la partie liquide de sa sécrétion s'évapore, et la partie solide forme une croûte qui adhère plus ou moins à la surface de l'ulcère. Or, le pus continuant à être secrété s'accumule sous cet opercule, et peu à peu finira par l'ébranler et le détacher. Il y a donc, sous le rapport du diagnostic, une distinction à faire entre la *jeune* et la *vieille* croûte. Pour cette dernière, il suffit de la presser un peu fortement, ou, si elle résiste, d'en soulever un bord ; le pus jaillit et révèle sa source. Mais si la croûte est de formation récente, dure, sèche, adhérente, elle en impose au malade et parfois au médecin. Ne voyant point de plaie, on croit n'avoir affaire qu'à un *bobo* insignifiant ; on se rassure, on se néglige, et l'ulcère s'étend sous cette enveloppe insidieusement protectrice.

Ne confondez point avec la croûte, — qui est toujours plus ou moins jaune, qui toujours, à l'aide d'un cataplasme ou d'un bain, peut être immédiatement enlevée — ne confondez point l'*eschare*, dans certaines chancrelles frappées de gangrène. Ici, tout est fait pour prévenir l'erreur : la verge est tuméfiée ; l'eschare est noire, sèche ; une aréole rouge ou violacée l'environne ; enfin, loin de pouvoir être détachée sur l'heure, elle ne se séparera qu'au bout de quelques jours, par le fait du processus inflammatoire éliminateur.

Lésion préexistante au point sur lequel la chancrelle s'est développée. — Cette condition est aussi complexe que fréquente, et parfois elle se produit de manière à déconcerter le plus habile. Fréquente ! on comprend qu'elle le soit ; car s'il est, dans l'organe qui affronte la contagion, un point plus exposé à la subir, c'est naturellement celui qui était déjà malade, déjà fragile. Dans le coït, une végétation s'excoriera plus aisément que la partie voisine ; un pli de la vulve ou du prépuce déjà irrité absorbera mieux ; une fissure de l'anus s'inoculera d'elle-même ; une surface indurée, et par conséquent inextensible, cèdera à une pression que, au voisinage,

la muqueuse saine et flexible aurait éludée... Eh bien! il faut savoir cela; il faut tenir compte de la part que la lésion antérieure peut avoir dans la manifestation de la lésion récente, de la chancrelle. Mais cette part — et c'est là le point délicat — il s'agit de la deviner plutôt d'après son impression personnelle, d'après son tact, son expérience, que d'après les renseignements que donne le malade; car ils vous égarent, eux, plus qu'ils ne vous servent. Aucun client — c'est bien connu — ne croyant, ne s'avouant qu'il ait pu *prendre du mal avec une femme aussi propre* (on voit que je ne parle que du sexe trompé) accusera toujours une lésion ancienne, passée, complétement éteinte. Il suffit qu'il ait eu, dans sa jeunesse, un chancre, un herpès, une simple balanite, pour qu'il croie, pour qu'il affirme que c'est cette maladie-là qui lui *revient* aujourd'hui, qu'il la reconnaît parfaitement!... — L'erreur la plus grave — et ce n'est pas la moins fréquente — consisterait à prendre pour un chancre, ou pour un chancre mixte, la chancrelle qui s'est développée sur une ancienne induration; ce point sera examiné en traitant du chancre.

Telle que je viens de la faire connaître, que je viens d'enseigner à la reconnaître, la chancrelle a ordinairement un cours très-régulier.

Pendant vingt ou vingt-cinq jours environ, elle gagne en étendue, puis ce mouvement progressif s'arrête. Bientôt après, un changement encore plus favorable se prononce; les caractères objectifs décrits ci-dessus commencent à s'effacer, et la chancrelle, ainsi qu'on le dit, entre en *réparation*. Le décollement des bords diminue; peu à peu ils se mettent de niveau avec le fond de l'ulcère, lequel lui-même s'est détergé, a cessé d'être couvert de sa couche pultacée. Il apparaît, çà et là, quelques bourgeons rouges, vermeils, de bonne nature, qui tranchent sur l'aspect encore chancrelleux du reste de la surface : en d'autres termes, l'ulcère prend graduellement la

physionomie d'une plaie simple ; et, disons-le d'avance, pour peu que le traitement local soit bien dirigé, cette heureuse modification, une fois commencée, s'accomplit sans trève ni retards. Un vent nouveau, en quelque sorte, a soufflé sur cette ulcération jadis fatalement envahissante; et, sans qu'on puisse assigner à un pareil changement d'autre cause que le mystérieux *non procedes ampliùs*, il serait aussi difficile, à ce moment, de suspendre la marche de la chancrelle vers la cicatrisation qu'il l'a été, au début, de l'empêcher de s'accroître.

Donc, trois périodes bien marquées : période de progrès, période d'état, période de réparation.

Voilà ce que fait la nature. Examinons, maintenant, ce que l'art peut et surtout ce qu'il doit faire.

§ 2. — *Thérapeutique de la chancrelle.*

Vis à vis d'un sujet porteur d'une ulcération contagieuse, d'une chancrelle, il y a deux intérêts en présence, et par conséquent le médecin a deux devoirs : il faut que le malade souffre le moins possible de son mal ; et il faut aussi que ce mal soit le moins possible dans le cas d'être transmis à autrui.

Eh bien! ces deux intérêts qui, au premier coup d'œil, paraissent semblables, sont quelquefois, au contraire, difficiles à concilier. Certes, si le médecin, libre de s'inspirer de sa haute mission, pouvait tout sacrifier au bien social, il n'hésiterait pas, il détruirait immédiatement par le caustique toutes les chancrelles qui se présentent à lui, quelles que fussent leurs dimensions et leur ancienneté, afin de les transformer d'emblée en plaies simples, non contagieuses.

Mais, d'abord, pour détruire des chancrelles déjà anciennes, datant de vingt jours, par exemple, il faudrait cautériser si largement que la plaie de cautérisation prendrait pour se

cicatriser plus de temps que, à compter de ce moment (du vingtième jour), n'en eût demandé la chancrelle. Puis, il est assurément bon et licite, parmi les raisons qui conseillent ou déconseillent l'abortion, de mettre en ligne de compte la crainte des transmissions dont la chancrelle non réprimée va devenir cause. Mais évidemment ce danger, très-réel chez les prostituées, chez certains jeunes gens, est nul ou presque nul dans la classe très-nombreuse que l'âge, la position sociale, de justes scrupules, la honte détournent de songer au coït, tant qu'ils peuvent contagionner. N'oublions pas, au nombre de ces mobiles, la douleur, frein beaucoup plus réel, surtout dans certaines régions, celle du *frein* justement, par exemple.

Mais en laissant de côté l'intérêt social, abstraction faite aussi des cas où la chancrelle nous est présentée trop tard pour qu'il y ait économie de temps à la détruire, voyons s'il est indiqué d'appliquer la cautérisation abortive à une chancrelle que, comme c'est le plus ordinaire, on est appelé à soigner, alors qu'elle n'a pas plus de sept jours de date et pas plus de 4 à 5 millimètres de diamètre ? Voyons, et pesons le pour et le contre :

Si on laisse marcher cet ulcère, il s'étendra, il fera souffrir, il gênera la marche, les occupations habituelles, il nécessitera des pansements assujettissants ; voilà ce qui est certain. Quant aux complications possibles, plus ou moins fréquentes, et qu'on n'est jamais sûr d'éviter, c'est l'hémorrhagie, le phimosis, la lymphite, le bubon, le phagédénisme, la réinoculation indéfinie...

— « Eh bien ! alors, dira-t-on, pourquoi ne pas cautériser d'emblée ? Pourquoi hésiter à soustraire son client à ces douleurs certaines, à ces dangers possibles, en en supprimant la source ? »

Pourquoi ?... Ah ! c'est que la cautérisation abortive, nous l'avons dit, expose à l'herpès récidivant ; et que cette lésion, avec sa durée indéfinie, avec les angoisses qu'elle engendre,

est au moins aussi pénible que le bubon, par exemple. Ajoutons, en passant, qu'elle est surtout pénible pour le médecin. En effet, le malade qui a une chancrelle sait fort bien qu'elle peut être suivie de bubon; il s'y attend, et si l'accident arrive, il ne nous accusera point de l'avoir produit; tandis que, atteint d'herpès après la cautérisation, tout client exprime ou garde l'arrière-pensée que cela *vient du traitement*, que, s'il est indéfiniment sous le coup des récidives d'herpès, c'est parce qu'on lui a fait *rentrer son chancre!*

Il est vrai — puisque nous en sommes à la question de principes — il est vrai que, l'herpès ne menaçant que les sujets dartreux, la contre-indication fondée sur le danger de voir naître l'herpès ne concerne que ces sujets-là. Par conséquent, lorsqu'une chancrelle se présente dans des conditions propices à l'abortion, il devrait suffire de s'assurer, d'abord, si l'individu qui la porte est, oui ou non, dartreux; et, en cas de négative, on pourrait le cautériser sans s'exposer à aucune suite fâcheuse.

Oui, en effet, cela *devrait suffire* si tous les malades étaient sincères, éclairés, impartiaux; s'ils savaient ce que c'est qu'une dartre, où elle se cache et comment il faut la chercher; si, surtout, ils pouvaient, sous ce rapport, connaître la santé de leurs ascendants!... Mais, ceci n'étant pas, il est rationnel de tenir, à ce point de vue, pour suspects tous ceux dont on ne peut pas répondre et, prenant en main leurs intérêts qu'ils sont inhabiles à apprécier, agir de façon à leur épargner celui des deux maux auxquels, par expérience, nous savons qu'ils sont le plus sensibles, je veux dire l'herpès.

En fait, après avoir autrefois élevé l'abortion de la chancrelle au rang de méthode générale, je suis devenu plus réservé, et je n'y ai plus recours — l'ulcère, d'ailleurs, étant suffisamment récent — que dans les conditions suivantes :

Si je connais le malade comme exempt, lui et sa famille, d'antécédents dartreux.

Ou s'il a eu précédemment une chancrelle qui se soit compliquée de phagédénisme;

Ou si celle-ci occupe un siége (le frein) qui prédispose particulièrement à une longue durée de l'ulcère et à la formation de bubons;

Ou si, après que j'ai mis sous les yeux du client le tableau de l'herpès, il me dit qu'il aime mieux en courir le risque que de voir sa chancrelle se prolonger;

Enfin, s'il s'agit d'une prostituée ou d'une catégorie de malades plus accessibles à l'aiguillon des sens qu'à la voix du devoir, capables par conséquent de répandre la contagion.

Mais il est encore, avant de se décider à tenter l'abortion, un autre danger à considérer. La chancrelle va, par la cautérisation, être transformée en plaie simple, et cette plaie guérira d'elle-même. Mais elle ne guérira d'elle-même que si du pus chancrelleux n'est pas, à nouveau, déposé à sa surface. Or, chez un sujet affecté de chancrelle, cet accident est fort possible; il peut provenir de causes diverses qu'il importe d'étudier, parce qu'elles constituent ou bien des contre-indications absolues ou seulement des causes d'insuccès contre lesquelles on peut se mettre en garde. Exemples :

Un homme a 8 ou 10 petites chancrelles groupées sur une étroite surface. Irez-vous les brûler?... Non, une seule, échappant fortuitement au caustique, *rechancrelliserait* la large plaie de cautérisation, et le désordre curatif serait pire que celui qu'on a à attendre du cours naturel de la maladie.

Une ou deux chancrelles existent à découvert sur le limbe du prépuce. Mais il y a, en même temps, un phimosis irréductible d'où suinte du pus. Brûlerez-vous les chancrelles apparentes?... Non encore. Le pus fourni par celles que cache le prépuce ne tarderait pas à réinoculer la plaie de cautérisation. — Même contre-indication pour la chancrelle de la fourchette, coïncidant avec une chancrelle du col.

Dans le vagin, à la marge de l'anus, vous voyez une chan-

crelle. Allez-vous la brûler? Prenez garde : elle n'est probablement pas seule; mais ses compagnes se cachent sous un pli, à une hauteur où elles échappent à votre action; et voilà une source de réinoculation.

Une chancrelle, déjà un peu ancienne, occupe la paroi de l'urèthre. En la cautérisant aussi à fond qu'il est nécessaire, vous risquez de perforer le canal; abstenez-vous. — Pour le même motif, ne brûlez point une chancrelle située un peu haut dans le vagin; une fistule vésico-vaginale ou recto-vaginale pourrait s'en suivre.

Une chancrelle paraît être dans de bonnes conditions pour qu'on la détruise; mais un bubon ou une lymphite spécifique commencent à se manifester... Abstenez-vous encore. Quel motif auriez-vous de cautériser, puisque ce que vous cherchez surtout à conjurer est déjà arrivé?

Enfin, quand vous détruisez par le caustique un ulcère, vous le transformez en plaie simple; c'est un bienfait réel. Mais ce n'est un bienfait qu'autant que cet ulcère était réellement une chancrelle. Car la *plaie simple* que vous mettez à sa place sera nécessairement plus large qu'il ne l'était, lui, au moment de la cautérisation; elle durera quelque temps et laissera une cicatrice. Avant d'y porter la main, prenez donc tout le temps nécessaire pour vous assurer qu'il s'agit bien d'une chancrelle. Si l'aspect de l'ulcère vous laisse quelques doutes sur sa nature, remettez le malade à deux jours. En deux jours, si c'était une chancrelle, il aura progressé; il aura diminué, au contraire, si c'était une lésion simple, un herpès ou une écorchure. Et cette temporisation, en aucun cas, n'aura été préjudiciable; car la chancrelle, avec les moyens dont nous disposons, est tout aussi abortible au cinquième qu'au troisième jour.

Autre précaution à prendre contre une autre cause d'erreur. Le chancre infectant, *le chancre*, est souvent, à son début, pris pour une chancrelle. Or, si l'ulcère que vous croyez

chancrelle, que vous allez cautériser comme tel, était un chancre, voici infailliblement ce qui arrivera. Les accidents secondaires de la syphilis apparaîtront à leur date ordinaire, et le malade ne manquera pas de dire que c'est votre cautérisation qui les a causés. Cette responsabilité, tout illusoire qu'elle soit, est, pour le médecin, toujours pénible, parfois *dangereuse* à porter. J'y échappe, en tenant au client, avant de porter la main sur lui, ce petit discours :

« Il est impossible de distinguer, dès à présent, ce qu'est votre ulcère, s'il est infectant ou non. S'il ne l'est pas, la cautérisation va vous en débarrasser en huit ou dix jours, sans mauvaises suites à craindre. Mais s'il est infectant, l'infection aujourd'hui est déjà faite, et les accidents secondaires viendront à leur heure, sans que la cautérisation y puisse faire ni bien, ni mal... Vous voilà instruit, vous voilà prévenu : Voulez-vous que je cautérise? »

Ceci posé, voici les règles des deux sortes de traitement à instituer contre la chancrelle.

Traitement abortif. — Plusieurs caustiques ont été proposés pour détruire la chancrelle naissante. Je les connais tous, car je les ai tous employés. Mais sans perdre de temps à les comparer, je n'en mentionnerai qu'un, celui qui, par la commodité de son emploi, le peu de douleur qui accompagne son effet, la facilité de proportionner le degré de cet effet aux exigences particulières de chaque cas, la tendance extrême qu'ont à se cicatriser les plaies qui lui succèdent, a mérité et, aujourd'hui, obtenu la préférence générale ; je veux parler de la pâte de chlorure de zinc, dite pâte de Canquoin[1].

[1] Avoir approprié à une destination bien connue un agent qui ne l'était pas moins constitue sans doute un assez mince mérite. C'est justement pour cela que je ne me soucie point de le partager.

Dans son *Traité des maladies vénériennes*, 1865, p. 112, M. Rollet a écrit : « M. Ricord n'avait pas encore fait connaître les résultats de sa pratique sur ce point (la cautérisation destructive du chancre simple), que j'avais déjà très-lar-

Donc, les chancrelles étant bien explorées, bien abstergées, non saignantes, on y applique un morceau de pâte de Canquoin.

L'épaisseur de ce morceau est de 1 à 3 millimètres.

Quant à sa largeur, c'est là un point essentiel à déterminer.

Si l'ulcère est arrondi, on taille un disque qui, autant que possible, ait exactement le même diamètre. Si, au contraire, il est irrégulier, au lieu de vouloir donner à la rondelle caustique la configuration de l'ulcère, il est plus sûr et plus expéditif de mettre d'abord au centre de celui-ci, un morceau de pâte qui en couvre la plus grande partie, puis de parfaire la cautérisation au moyen de petits fragments de Canquoin mis à côté du principal. D'ailleurs, un disque trop large de Canquoin se replie, se bosselle, et abandonne ainsi une partie de la surface à cautériser ; il vaut donc mieux multi-

gement employé la cautérisation destructive dans les cas de chancre simple. J'ai lu un mémoire sur ce sujet à la Société de médecine de Lyon (*Gazette médicale de Lyon*, décembre 1857). A la même époque, M. Diday pratiquait aussi la cautérisation... »

« A la même époque ! » non, six ans pour le moins auparavant. Mes preuves sont en règle à cet égard ; car voici ce qu'on lit dans la *Gazette médicale de Lyon* (rédigée alors par Barrier), année 1855, p. 87 : « Société de médecine « de Lyon. Séance du 18 mars 1850. — M. Diday fait ensuite une communication « sur le *traitement abortif du chancre*, et sur un mode particulier de cauté- « risation qu'il propose pour arriver à ce résultat... M. Diday donne la préfé- « rence au chlorure de zinc, composé avec farine, 3 parties, chlorure de zinc, 1. « Celui-ci est d'une application facile ; c'est un caustique coagulant qui substitue « une plaie simple et belle à une plaie virulente. M. Diday couvre le chancre « d'une couche de ce caustique, puis l'assujétit avec un morceau de diachylon « Il la laisse en place de une à deux heures, suivant la profondeur et l'ancienneté « du chancre... On peut l'appliquer sur des chancres de huit à dix jours, et « ayant 7 ou 8 et même 12 ou 14 millimètres d'étendue. On peut l'appliquer « même sur des chancres indurés. — M. Diday a déjà appliqué ce caustique une « trentaine de fois, et presque toujours il a obtenu un résultat satisfaisant. Il « cite plusieurs observations qui démontrent l'innocuité de ce traitement et ses « heureux effets. »

D'après mon expérience, aucun caustique liquide, pas même la solution saturée de chlorure de zinc, pas même l'acide nitrique monohydraté ne donnent, quelque prolongée ou réitérée qu'en soit l'application, autant de garanties d'obtenir la destruction de la chancrelle que la pâte de Canquoin.

plier, autant que de besoin, les petits morceaux, que de s'attacher à en faire un seul de même forme que l'ulcère.

Ces morceaux adhèrent parfois obstinément à l'instrument qui les dépose ou les insinue à leur place. L'opérateur évitera cet irritant petit embarras, en mouillant le bout de l'instrument[1].

Quand l'ulcère est creux, ayez soin d'y mettre un cône plutôt qu'une lame de Canquoin, et de bien le pousser jusqu'au fond.

A la verge, on fixe la pâte au moyen d'une bandelette de diachylon, qu'on applique par son *plein* et dont les *chefs*, croisés de l'autre côté du membre, sont ensuite ramenés de manière à avoir fait un peu plus de deux tours. Partout ailleurs, on laisse tomber sur la pâte quelques gouttes de collodion.

Au bout d'une heure et demie, deux heures, deux heures et demie au plus (temps pendant lequel il n'y a que *très-peu de douleur*), on enlève le diachylon ou l'on dissout le collodion avec de l'éther. Les morceaux de pâte se détachent alors très-facilement; et l'on se trouve en face d'une eschare *sèche dans toute son étendue*[2].

[1] Dans quelques formes de chancrelles, celles surtout qui succèdent à l'inoculation expérimentale, il ne suffit pas de donner à la rondelle caustique l'étendue de l'ulcère, tel qu'il se présente à l'extérieur. L'ulcère intérieur, profond, a, en effet, un excès de largeur, résultant de ce que les bords sont décollés. En d'autres termes, ces chancrelles représentent un puits à orifice rétréci. — Pour que toute la surface chancrelleuse soit cautérisée, il faut, en pareil cas, donner au disque de Canquoin un diamètre plus grand que celui de l'ulcère extérieur, et avoir soin de le pousser, à *frottement*, jusqu'au fond. Comme cette substance est élastique, elle se laisse d'abord comprimer pour traverser l'ouverture extérieure de l'ulcère, puis arrivée *au-dessous* des bords, à l'endroit où leur décollement donne plus de largeur à la plaie, elle se déploie de manière à aller occuper et par conséquent brûler toute l'étendue, l'étendue réelle de la surface chancrelleuse. — J'insiste sur ce précepte; c'est pour l'avoir omis que certains malades, — *quæque ipse miserrima...*, — ont vu, bien que cautérisée, leur pustule d'inoculation devenir un chancre phagédénique. « J'ai cependant agi selon les règles, murmurait l'opérateur déconcerté; j'ai brûlé profondément. » — « Oui, mais c'est de brûler *largement* qu'il s'agissait. »

[2] Ce signe a une grande importance, car il est *l'indice que la cautérisation*

Dès le deuxième jour, cette eschare s'entourera à sa circonférence d'un cercle suppurant. Ce cercle s'aggrandira graduellement; enfin, l'eschare, cernée de toutes parts, deviendra vacillante, et tombera vers le sixième jour, laissant au-dessous d'elle une plaie de bonne nature, marchant vite et franchement à cicatrisation, sans qu'il y ait eu besoin, à partir du premier jour, d'y appliquer d'autre topique que de la charpie mouillée de vin aromatique ou d'eau végéto-minérale.

Il se peut que, vu le grand nombre des chancrelles, on doive procéder à leur cautérisation en deux séances. Dans ce cas, il n'est prudent de faire la seconde que tant que les eschares résultant de la première sont encore entièrement sèches. En effet, en ajournant à plus tard cette seconde séance, en laissant subsister plus longtemps quelques chancrelles, on s'exposerait à ne les détruire qu'après qu'elles auraient réinoculé celles brûlées dans la première séance.

La réinoculation des chancrelles brûlées est, en effet, ce qu'il y a surtout à craindre, et, par conséquent, ce qu'il faut surtout s'attacher à éviter. Voici dans quelles circonstances cet accident peut se produire :

1° Le caustique n'a pas été appliqué sur la totalité de la chancrelle; ou bien, il n'y a pas été laissé assez longtemps pour détruire toute l'épaisseur des tissus malades. — Il y a, dans ce premier cas, plutôt cautérisation insuffisante que véritable réinoculation.

2° D'autres fois, le but de la cautérisation est atteint, la chancrelle a été convertie en plaie simple; mais cette plaie a ultérieurement subi le contact accidentel de pus chancrelleux; pus qui peut provenir :

Soit de chancrelles latentes, qui existaient au moment de la cautérisation, mais qu'on a méconnues;

Soit de chancrelles nées du même coït que celles qu'on a

est complète. Si, à ce moment, il restait, en dehors de l'eschare, un point en suppuration, il faudrait immédiatement y appliquer à nouveau du caustique.

cautérisées, mais qui, un peu plus tardives dans leur développement, n'avaient pas encore apparu au moment où l'on a pratiqué la cautérisation;

Soit de chancrelles que celle qu'on a cautérisée avait produites, par inoculation de voisinage, avant qu'on ne la cautérisât; chancrelles qui, au moment de la cautérisation, n'étaient pas encore apparentes;

Soit enfin d'un coït imprudemment hâtif ou de quelque autre cause analogue qui a accidentellement porté du pus chancrelleux en contact avec la plaie de cautérisation.

Pour obvier à ces diverses causes de réinoculation, il faut:

Après que le caustique a agi, l'enlever *soi-même*, autant que possible, afin de pouvoir compléter *illico* la cautérisation si elle a été insuffisante;

En règle générale, quand il y a plusieurs chancrelles, n'en détruire aucune ou les détruire toutes à la fois; les survivantes risquant fort, en dépit de tous les occlusifs, de réinoculer les plaies de cautérisation;

Bien avertir le malade de la possibilité de voir, durant les quatre ou cinq premiers jours, survenir de nouvelles chancrelles à côté de celle qui a été cautérisée, et lui faire comprendre l'importance de revenir aussitôt qu'il s'apercevrait de quelque chose de semblable.

A quels signes reconnaît-on que la réinoculation a lieu?

On doit s'en douter lorsque la plaie, qui était d'un rouge vermeil et unie, devient jaune, anfractueuse; lorsque son contour, qui était constitué par une ligne courbe régulière, devient sinueux, lacinié, comme formé par une série de petits arcs, chacun appartenant à un cercle de diamètre différent; lorsque ses bords, qui se continuaient avec le fond de l'ulcère, commencent à en être séparés par un décollement.

Averti par ces changements que la plaie redevient chancrelleuse, le médecin doit-il en tenter à nouveau la destruction au moyen du caustique?... D'une manière générale je

désapprouve cette nouvelle tentative, parce qu'elle se fait à un moment où elle est moins utile que la première et dans des conditions moins favorables. Cependant, si le malade la réclame, si l'on peut intervenir avant que la réinoculation n'ait beaucoup agrandi l'ulcère, si surtout on croit alors être en sûreté contre de nouvelles chances de réinoculation, on peut essayer une seconde fois l'abortion.

Traitement morateur[1]. — Je ne trouve que ce néologisme pour désigner le traitement par lequel, renonçant à détruire la chancrelle, on la laisse volontairement durer quelque temps.

L'expérience a prouvé, en effet, que là où l'abortion serait impossible ou dangereuse à tenter, on arrive, par une direction appropriée, à neutraliser peu à peu, mais sûrement la propriété contagionnante de la chancrelle, et à l'amener à la réparation, puis à la cicatrisation, en empêchant, durant ce temps, les accidents principaux, c'est-à-dire une trop grande extension de l'ulcère, sa reproduction par inoculation au voisinage, la formation de bubons, le phagédénisme, et ultérieurement l'herpès récidivant. Je réalise ces avantages par l'ordonnance suivante :

N° 30. — « Trois fois par jour, appliquer sur la plaie un peu de charpie mouillée de :

Eau distillée.	20 grammes.
Nitrate d'argent.	8 décigrammes.

« Lorsqu'on va renouveler le pansement, avoir soin d'abord de détremper avec de l'eau la charpie qui est en place, assez longtemps pour qu'elle se détache presque d'elle-même.

« Éviter de frotter la plaie en vue de la nettoyer; éviter de la presser, d'en tirailler les bords : éviter, en un mot, tout ce qui pourrait la faire saigner. »

[1] De *mora*, délai, retard.

Quelques remarques sur cette ordonnance :

Je donne la proportion de 0,8 de nitrate d'argent sur 20 d'eau distillée, comme *réglementaire*. Moins concentrée, la solution est trop faible ; plus concentrée, elle produit sur la chancrelle et autour d'elle une écaille noire et adhérente, une sorte de carapace qui retient sous elle le pus, rend illusoire l'action des pansements subséquents, et empêche de suivre de l'œil l'évolution du mal.

Beaucoup de clients croient bien faire en abstergeant soigneusement le pus à chaque pansement. C'est une erreur : cette manœuvre, ainsi que toutes celles qui font saigner la plaie, expose au bubon.

Enfin, de peur de contagion, que le malade évite de laisser séjourner au voisinage de l'ulcère quelque pièce de pansement souillée de pus contagieux, ainsi que de gratter les environs, l'anus, la vulve, les cuisses, etc., après le pansement, avant de s'être lavé les doigts.

Les moyens propres à assujettir le pansement varient selon la région. Je dois pourtant dire d'une manière générale qu'un gâteau de charpie, petit, assez petit pour *entrer dans l'ulcère*, s'y maintient ordinairement de lui-même, sans qu'il soit besoin de bandage.

Grâce à ce pansement[1], l'ulcère se déterge régulièrement et progressivement, dans l'espace de vingt à vingt-cinq jours. A ce terme il est passé à l'état de plaie rouge-vermeille.

Lorsque ce changement est réalisé complétement, et *dans toute l'étendue de l'ulcère*, on peut, mais alors seulement, substituer à la solution de nitrate d'argent le vin aromatique[2],

[1] La solution de nitrate d'argent, en touchant les parties saines contiguës à la chancrelle de la membrane muqueuse, y détermine des érosions extrêmement superficielles qu'il faut se garder de considérer et surtout de traiter comme de nouvelles chancrelles. On les distingue à leur absence de profondeur, à leur surface absolument unie et d'un rouge vif, et enfin à ce qu'elles siégent ordinairement sans l'eschare mince et grisâtre, d'aspect caractéristique, qui résulte de l'action du nitrate d'argent sur les muqueuses.

[2] Je recommande de préférence, surtout comme maintenant plus longtemps

appliqué deux fois par jour seulement. Si l'on a cessé trop tôt les pansements au nitrate d'argent, un seul petit point, resté chancrelleux, peut, en quelques jours, réinoculer la plaie entière. Il faut y veiller, mais il suffit d'y veiller.

Telle est l'évolution et telle est la thérapeutique des chancrelles en général. Mais cette description, et par conséquent ces règles, subissent des modifications lesquelles sont produites, soit par le fait du *siége* de l'ulcère, soit par le fait de l'*état où se trouve l'organisme*.

A. — Modifications dues au siége.

Le siége exerce une influence en raison de la tension habituelle des tissus ou des causes de tiraillement qu'ils sont exposés à subir, ou de l'exposition de l'ulcère à l'air, ou de la profondeur à laquelle il est situé, ou de la fragilité du tégument, ou du contact de liquides plus ou moins irritants, ou de la difficulté de maintenir le pansement.

Mais, au lieu d'étudier d'une manière générale toutes ces influences, il vaut mieux indiquer, en examinant les principaux siéges connus de la chancrelle, comment elles modifient, dans les uns ou les autres, la marche et le traitement de l'ulcère.

Chancrelle du fourreau. — Il s'y forme aisément une croûte. Après l'avoir fait tomber, il s'agit de bien pousser la charpie jusqu'au fond de l'ulcère, et de fixer ce pansement avec une bande, *dont on fera passer un tour derrière les bourses*, pour l'empêcher de glisser en avant. — L'administration des médicaments anti-érectifs est souvent indiquée,

le pansement à l'état humide, et le rendant plus aisé à décoller, le « *vin aromatique onctueux* » de notre savant collègue M. Ferrand, pharmacien à Lyon.

ainsi que la suppression, pendant la nuit, de tout bandage constricteur.

Chancrelle du pénil. — Ici, comme dans toutes les régions velues, on ne découvre parfois la chancrelle que lorsqu'elle a pris une certaine étendue. — Le pus, s'attachant aux poils, les agglutine soit entre eux soit au pourtour de la plaie, faisant ainsi comme la charpente d'une croûte, qui se forme si aisément qu'on la voit se reproduire dans l'intervalle d'un pansement à l'autre. On prévient cette complication en coupant les poils. Mais si la surface est de celles sur lesquelles ont lieu des frottements, il pourrait résulter de cette opération des excoriations qui risqueraient de s'inoculer; il vaut donc mieux, dans ce cas, se borner à écarter les poils, lors de chaque pansement.

Dans ces régions, on le comprend, le pansement est peu aisé à fixer. Je préfère la charpie râpée, et j'en mets une toute petite boulette, qui n'est retenue en place que parce qu'elle est très-petite et que, bien tassée jusqu'au fond et ne débordant point, il n'y a à craindre ni qu'un poil l'accroche, ni qu'un frottement la détache.

Chancrelle du repli balano-préputial. — C'est la plus commune, celle qui a servi de type à toutes les descriptions. Celle qui siége sur le *dos* de ce repli simule souvent l'induration; il faut être en garde contre cette cause topographique d'erreur.

Rien de plus ordinaire que de voir là la chancrelle s'inoculer de proche en proche sur la circonférence du repli, à cause de l'intimité du contact, de la ténuité des membranes adossées, de leur fragilité au moindre tiraillement, enfin à raison de la déclivité des surfaces.

Le pansement est très-facile; il faut même se tenir en garde contre son excessive facilité, et recommander au malade de mettre autant de petites rondelles de charpie qu'il y a d'ulcères, au lieu d'un seul faisceau faisant tout le tour de

la région. Lui recommander aussi d'éviter, en recalotant, de déplacer cette charpie ; ce qui risque d'arriver malgré toute l'attention possible. Pour y obvier, on est parfois obligé de mettre, par dessus les petites rondelles isolées de charpie mouillée de nitrate, un long faisceau de charpie sèche avec lequel on entoure toute la circonférence du repli, faisceau dont on croise les chefs par-dessous et qu'on tient ainsi serré tandis qu'on opère le mouvement de recalotement.

Après ce pansement, quelques gouttes de la solution de nitrate d'argent peuvent couler sur la chemise et y faire une tache indélébile, fort compromettante, en ménage.... Après avoir recaloté, plonger la verge dans un verre d'eau.

Chancrelle du limbe du prépuce. — Très-souvent multiple, il faut d'abord savoir qu'elle se présente parfois sur une base engorgée et forme ainsi une sorte de granulation, de tubercule très-capable de simuler l'induration (chancrelles tubéreuses).

Chez les sujets à prépuce long et étroit, le limbe est habituellement froncé, et ses plis sont si intimement juxtaposés que, si un ulcère existe sur l'une des faces du pli, l'inoculation à l'autre face est en quelque sorte forcée. Pour prévenir cet accident, il faut, de bonne heure, en faisant le pansement, enfoncer soigneusement la charpie jusqu'au fond de tous ces plis ; manœuvre assez laborieuse et qui l'est d'autant plus qu'elle doit se renouveler après chaque miction, mais manœuvre indispensable.

Autre inconvénient, très-ordinaire et très-sérieux. Par le jeu normal du prépuce, son limbe se distend toutes les fois qu'on décalote. Donc, si ce limbe est ulcéré, chaque ulcère, à ce moment, s'ouvre et son fond se déchire. Les malades, malgré la douleur qui les avertit, n'en tiennent pas grand compte : *pour se nettoyer*, ils font, régulièrement, une ou deux fois par jour, *éclater* leurs ulcères, ou les cicatrices récentes de ces ulcères. — Il faut rigoureusement prohiber

ceci. Souvent l'on n'obtient la guérison qu'en condamnant le prépuce à *un mois* d'immobilité absolue. Puis, les chancrelles une fois fermées, il faut parfois encore quinze jours d'immobilité pour que la cicatrice se consolide. Autrement, on la voit s'excorier à chaque décalotement, même partiel; et, outre l'ennui que donne cette interminable série de petites récidives, il peut en résulter, en définitive, une cicatrice bridée, volumineuse, difforme, d'où un resserrement permanent de l'orifice préputial.

Quand la chancrelle du limbe est très-superficielle, peu excavée, y *faire tenir* de la charpie est parfois malaisé. On y parvient en laissant au gâteau de charpie un prolongement en forme de queue (comme une poêle à frire), et l'on enfonce entre le gland et le prépuce cette queue; ainsi fixée, elle fixe elle-même sur l'ulcère le disque de charpie dont elle est le prolongement.

Chancrelles sous-préputiales ou chancrelles avec phimosis. — Le phimosis, dans le cas de chancrelles, provient de diverses causes. Tantôt le gland, couvert de chancrelles, s'enflamme, se tuméfie, au point de ne plus pouvoir traverser l'ouverture du prépuce. Tantôt c'est cette ouverture elle-même qui, fissurée par des chancrelles, ne se prête plus au décalotement qu'au prix de douleurs qui empêchent même de le tenter. Tantôt enfin, et c'est le cas le plus fréquent, les ulcères qui siégent soit sur la peau du prépuce, soit sur sa muqueuse, déterminent dans le tissu lâche qui unit ces deux feuillets un engorgement d'où résulte l'impossibilité de les faire glisser l'un sur l'autre de manière à découvrir le gland.

Quelle que soit, de ces trois causes, celle qui a agi, on comprend qu'elle n'aura besoin que d'un moindre degré d'intensité pour produire le phimosis, si le sujet y était antérieurement disposé par sa conformation.

Dès que je reconnais, chez un chancrelleux, de la tendance au phimosis, j'évite tout ce qui pourrait y donner lieu. Ainsi,

je réduis à deux par jour le nombre des pansements. Ainsi, je conseille de tenir tout prêts les petits plumasseaux de charpie, de forme appropriée, en nombre suffisant, et d'avance bien imbibés de la solution de nitrate d'argent; de sorte que le pansement des ulcères étant ainsi abrégé et terminé en quelques secondes, le gland n'est pas resté à découvert assez longtemps pour se tuméfier par suite del'étranglement et devenir incapable de repasser par l'ouverture préputiale.

Mais il y aurait péril à s'opiniâtrer dans cette voie. Dès qu'il est constaté que les efforts pour décaloter causent de la douleur, et *surtout du saignement* (ce qui signifie des déchirures et par suite des inoculations, produisant elles-mêmes de nouvelles chancrelles), je n'insiste pas, je profite du dernier jour où je puis encore voir, pour bien observer le siége qu'occupent les diverses chancrelles; puis, au lieu de m'obstiner à faire, coûte que coûte, des pansements directs, je procède par injections, et voici comment :

Il faut d'abord, si on ne les avait pas vues déjà, reconnaître, autant que possible, le siége des chancrelles, à travers le prépuce : il est aisé de les distinguer à un peu d'engorgement ambiant et surtout à la douleur qu'on cause en les pressant.

Alors, *la verge étant tenue verticale*, je prends une petite seringue en verre, à long bec, remplie au tiers[1] d'une solution de nitrate d'argent au 40me; j'en dirige la pointe, huilée s'il le faut, sur la surface du gland (surface lisse et polie), vers l'endroit où sont les chancrelles, mais sans aller jusqu'à les toucher. Parvenu là, je pousse le piston par un coup sec; je retire la seringue, j'attends une demi-minute, puis je laisse écouler le liquide, et cesse alors de tenir la verge verticale.

En faisant soi-même au malade une première injection avec de l'eau, on lui apprend la manœuvre, et souvent l'on y gagne aussi de discerner, d'après la douleur plus vive qu'il

[1] *Au tiers* seulement, afin que les mouvements du doigt qui va pousser le piston aient toute leur précision.

manifeste quand on injecte dans tel ou tel sens, le siége précis des chancrelles. — Si l'on ne peut découvrir ce siége, on se borne à faire une injection à gauche, puis une à droite.

Quand les chancrelles compliquées de phimosis occupent le limbe ou son voisinage, il faut, pendant qu'on laisse séjourner le liquide injecté, attirer fortement en avant la peau du fourreau. Par ce mouvement, on *retourne en dedans* le limbe, et, si la verge est tenue bien verticale, les chancrelles prennent ainsi un bain dans le liquide caustique, qu'on a dû, dans ce but, injecter en quantité assez grande pour qu'il affleure l'orifice, comme si c'était un vase rempli d'eau jusqu'à déborder.

On réitère ces injections trois fois par jour, sans qu'il soit besoin de faire, dans l'intervalle, des injections détersives.

Traiter ainsi des chancrelles *sans les voir* effraie presque tous les malades et quelques médecins : on s'attend à des ravages terribles, à des perforations du prépuce. Aussi, pour peu que le mal persiste, et surtout s'il s'aggrave d'abord, ce qui peut arriver, on est violemment tenté, et parfois sollicité de débrider le prépuce pour examiner ce qui se passe dessous... Qu'on se rassure, et surtout qu'on résiste à la tentation d'user de l'instrument tranchant. Depuis plus de trente ans, à l'exemple de Baumès, j'ai traité, soit à l'Antiquaille, soit en ville, par les seules injections, tous les cas de chancrelle sous-préputiale soumis à mon observation. Souvent l'inflammation a été vive, la peau du fourreau rouge, œdémateuse, la suppuration en apparence intarissable. Eh bien! en continuant avec persévérance les trois injections réglementaires par jour, en prenant soin de m'assurer qu'elles étaient bien exécutées et avec la dose prescrite[1], je suis toujours venu à bout, d'abord

[1] Certains pharmaciens, par un sentiment de philanthropie fort en harmonie avec les intérêts de l'officine, réduisent, de leur chef, la quantité de nitrate d'argent ordonnée; j'en ai même vu quelques-uns s'en faire un mérite auprès du client !

de calmer la douleur et de modérer l'inflammation, et cela dès le troisième jour ; puis de guérir, sans désordres graves, sans perforation du prépuce. Et au bout d'un temps variable, quelquefois deux ou trois mois, mais ordinairement beaucoup moins, le phimosis a toujours fini par céder[1], mes clients demeurant, en somme, fort satisfaits de conserver leur conformation normale antérieure, tout en ayant évité le coup de bistouri, au moyen duquel une autre école juge indispensable de simplifier la cure, au prix de la chancrellisation, en ce cas inévitable, de toute la surface de l'incision.

Tant qu'on met des pois dans un cautère, il suppure : de même, tant que vous continuerez les injections caustiques sous le phimosis, il s'en écoulera du pus, même les chancrelles fussent-elles déjà guéries. Le médecin peut donc, quelquefois, être embarrassé pour décider si le pus qui sort du prépuce provient des chancrelles qui existent encore, ou résulte seulement de l'irritation déterminée sur la muqueuse par les injections. Heureusement cette dernière espèce de suppuration, celle que les injections produisent, cesse aussitôt que sa cause est supprimée. Pour savoir à quoi s'en tenir sur ce point, il n'y a donc qu'à suspendre les injections pendant deux ou trois jours. Si, au bout de ce temps, la suppuration est tarie, c'est que les chancrelles étaient guéries. Au contraire, la suppuration reparaît-elle? c'est que les chancrelles subsistent encore; alors il faut recommencer, pendant dix jours environ, les injections. Bien entendu, cette courte suspension qui a suffi pour éclairer le praticien n'est, dans aucun cas et en rien, préjudiciable au malade.

Chancrelle du frein ou filet. — Succédant quelquefois à une écorchure de la face inférieure du filet, cette chancrelle

[1] Lorsque les chancrelles étant guéries, le prépuce commence à recouvrer sa souplesse, et que le malade essaie de décaloter, il faut bien l'avertir de ne pas s'arrêter, lorsqu'il y réussira pour la première fois, à trop regarder, à faire un *état des lieux*... Qu'il recalote, au contraire, alors au plus vite ; sans quoi, gare au paraphimosis !

débute beaucoup plus souvent par ses bords. Très-fréquemment c'est une chancrelle voisine du filet, qui peu à peu s'étend jusqu'à ce repli. Je l'ai dit ailleurs : « le filet semble *attirer* les chancrelles, » ce qui tient à ce que, constamment tendu par l'effet même de ses fonctions, tiraillé à chaque instant, il a toute sorte d'occasions de se gercer et par conséquent de s'inoculer le pus du voisinage.

Une fois commencée, cette chancrelle rouge, creuse, mine continuellement, et cela toujours à cause du cercle fatal : tension incessante, déchirure de la partie tendue, inoculation de la partie déchirée, chancrellisation de la partie inoculée. Ordinairement le filet, ainsi attaqué, finit par se rompre. Mais là ne se borne pas le ravage.

Le filet, ai-je dit, a mainte occasion d'être distendu : il en a dans le décalotement, dans l'érection, dans la marche même, et jusque dans la petite secousse qu'on imprime à la verge après avoir uriné. Mais, dans ces divers cas, ce n'est pas seulement la partie saillante du repli qui se distend. Il existe sous cette bandelette, un faisceau fibreux doué des mêmes attributions fonctionnelles, et qui, comme elle, se tend dans les circonstances sus-indiquées. Cela est si vrai que, lorsqu'on coupe un filet gênant par sa brièveté, le chirurgien sait fort bien que s'il ne donne pas ensuite un coup de bistouri en travers sur la *base* du filet, s'il s'est borné à diviser la languette extérieure, le but de l'opération est manqué, et le gland demeurera toujours, comme auparavant, courbé en bas, pendant l'érection.

Il y a donc un filet visible, et, sous lui, un filet latent. Eh bien ! la pathologie démontre pleinement l'existence de ce dernier ainsi que ses limites ; car il est d'observation que, après avoir détruit le filet apparent, la chancrelle creuse, à sa base, dans le gland, un sillon longitudinal, une sorte de fossé de deux millimètres de profondeur ; que ce sillon a la même dimension chez tous les sujets ; que le processus chancrelleux,

une fois sur cette voie, ne s'arrête qu'après que ledit sillon a atteint ces limites déterminées, bien connues des spécialistes, limites qui donnent aux ulcères de cette région leur physionomie caractéristique ; enfin, que ces limites une fois atteintes, la chancrelle, qui jusque-là semblait irréfrénable, s'arrête toujours, et d'elle-même.

La notion du mécanisme par lequel cette chancrelle s'étend fait pressentir ses symptômes spéciaux : saignement facile, douleur vive dans la marche, durant les érections et lorsqu'il faut décaloter ; durée longue, très-longue ; enfin le plus souvent rupture de l'organe. Ordinairement c'est la base du filet qui se creuse tout d'abord, et le progrès du mal la perfore. Puis, une fois établie, cette perforation va s'agrandissant, de manière à ce que la partie conservée forme comme un pont jeté entre le bout du gland et le prépuce : ce pont finit en général par se rompre, et l'ulcère, se découvrant alors dans toute son étendue réelle, ne manque jamais d'effrayer le malade qui, jusque-là, n'avait pas soupçonné ce que cachait la partie du filet restée intacte.

Si cependant la chancrelle a pu être arrêtée plus tôt, si tout se borne à une perforation de la base du filet, et que la cicatrisation, à force de soins, se soit faite dans ces conditions, l'organe, plus présentable en apparence, mais affaibli en réalité, n'a plus la solidité nécessaire pour remplir son rôle ; et s'il ne cède pas à la première rencontre un peu scabreuse, il devient exposé à ces gerçures[1] réitérées qui, impo-

[1] La gerçure traumatique du filet s'opérant dans les mêmes conditions que celles où l'on peut contracter une chancrelle, inspire souvent des craintes au malade et quelque hésitation au médecin. On la reconnaîtra à ce qu'elle a eu lieu au moment même du coït ; à ce qu'elle est située transversalement ; à ce qu'elle est linéaire et non arrondie comme les chancrelles (une gerçure *entretenue* par de fréquents coïts peut cependant prendre un peu la forme ovale) ; enfin à ce que son fond est superficiel et rouge.

On ne parvient à guérir certaines de ces gerçures qu'en interdisant, pendant 8 jours au sujet, non-seulement le coït, mais le décalotement et même tout essai de décalotement.

Une fois la gerçure guérie, je recommande d'en ménager la cicatrice, de ne

sant au porteur des abstentions ou des choix également pénibles, l'obligent à venir enfin demander l'ablation de ce débris inutile et gênant au même médecin qui s'était d'abord félicité de l'avoir sauvé du naufrage.

Le traitement de cette chancrelle a ses indications toutes tracées par ce qui précède. Il s'agit de prévenir ou d'atténuer pour le filet toute cause de distension. Par conséquent :

Fuir les occasions d'érections ; s'abstenir, du moins, de les prolonger ;

Si, en marchant, le léger retrait du prépuce, qui a lieu à chaque pas, est douloureux, immobiliser le prépuce en en prenant l'extrémité et l'engageant dans un trou percé au centre d'une rondelle de caoutchouc (il figure alors là comme la tête d'un seigneur du moyen âge au milieu de sa *fraise*) ; on produit ainsi un phimosis artificiel, phimosis protecteur qu'on peut réserver pour les occasions de grande fatigue, de longues marches où l'organe a à subir beaucoup de frottements.

Quand on décalotte pour faire le pansement, on ressent une vive douleur par suite de la tension qu'on est obligé d'imprimer au filet. Vous l'éviterez de la manière suivante. Pour décaloter, vous tirez peu à peu le prépuce en arrière, n'est-ce pas? Eh bien ! guettez l'instant où, dans ce mouvement, l'extrémité du gland commence à se montrer, et appliquez-y la pulpe de votre doigt. Alors, si de ce doigt vous maintenez le bout du gland fortement poussé, courbé en bas, tout en continuant à tirer le prépuce en arrière, vous aurez réalisé le décalotement complet, sans que les deux points d'insertion du filet aient été assez écartés pour lui donner une tension douloureuse ; et soyez sûr que le client vous remerciera de lui avoir indiqué cette petite manœuvre.

pas affronter le coït pendant quelque temps sans avoir préalablement déposé là deux couches de collodion ; enfin, d'user de corps gras pour prévenir le frottement et le tiraillement.

Quant au pansement, il varie selon les périodes. Lorsque le filet est percé à sa base, il est quelquefois assez difficile d'introduire dans ce trou de la charpie de manière à ce qu'elle traverse de part en part, ce qui cependant est très-nécessaire. Pour y réussir :

Faites *bâiller* l'ouverture, en donnant à ses bords une position telle qu'ils soient relâchés ;

Tordez entre deux doigts l'extrémité du petit faisceau de charpie, de façon à le rendre pointu et rigide, comme on le fait pour le fil dont on veut enfiler une aiguille à chas étroit ;

Enduisez-le d'une pommade au nitrate, au lieu de l'imbiber de la solution de ce même sel ; .

Poussez-le au moyen d'un tout petit porte-mèche, improvisé avec un fragment d'allumette ;

Enfin, si vous ne pouvez réussir à faire que le faisceau de charpie *traverse*, mettez-en deux, à gauche et à droite, que vous pousserez à la rencontre l'un de l'autre.

Quand le frein est détruit, quand il n'y a plus que le sillon chancrelleux sous-frénal, la charpie qu'on y enfonce doit être taillée exactement de sa longueur ; et, pour mieux l'assujettir, on met, en croix, par-dessus ce petit plumasseau, quelques brins de charpie sèche, beaucoup plus longs, qu'on engage circulairement dans le repli balano-préputial ; sorte de tour de bande, retenu en place par le reflet du prépuce, qui offre l'avantage de maintenir solidement le pansement sans exercer aucune constriction.

Mais tout, ici, ne se borne pas à des pansements. Il est, dans ce traitement, une indication singulière et néanmoins très-rationnelle. « La chancrelle du filet dure plus longtemps que celles des autres régions, » ai-je dit. Et j'ai ajouté que c'est « parce qu'elle dure jusqu'à ce qu'elle ait détruit le filet. » Donc, puisque c'est la rupture du filet qui, seule, met un terme à la chancrelle, au lieu d'attendre que le processus ulcéreux ait lentement amené ce résultat, pourquoi ne pas le

produire artificiellement et instantanément ? Ce que la chancrelle accomplit au prix d'un temps précieux, avec des douleurs incessantes, une gène notable de la marche, en exposant aux inoculations accidentelles de voisinage, aux risques de toutes les déviations que peut affecter un ulcère spécifique de longue durée, avec l'imminence, tout particulièrement redoutable ici, du bubon, ne vaut-il pas mieux le faire d'un seul coup?...

Conformément à ces principes, toutes les fois que, le filet étant perforé, je reconnais, au bout de quelques jours, d'après la marche du mal, que cet organe est voué à la destruction, ou qu'il n'en resterait, si on parvenait à le conserver, qu'une portion plus gênante qu'utile, j'en opère la section. Et voici, pour ce cas, mon procédé ;

L'instrument tranchant expose à une hémorrhagie, toujours très-incommode vu la difficulté d'application des agents hémostatiques, hémorrhagie qui, d'ailleurs, augmente pour le malade les chances d'avoir un bubon. Je me sers, en conséquence, d'un instrument qui réunit la rapidité de l'incision à la sécurité que donne la cautérisation. C'est, tout simplement, une paire de forts ciseaux dont j'ai fait émousser, arrondir les branches à leur extrémité, dans l'étendue d'un centimètre et demi, de sorte que, dans cette partie terminale, elles se touchent, mais ne se croisent plus.

Ces ciseaux étant largement ouverts, j'introduis le bout de l'une des branches dans la perforation du frein, puis je présente l'autre branche à la flamme d'une bougie ; et, quand je juge celle-ci suffisamment chauffée, je la rapproche vivement de la première qui lui sert à la fois de conducteur et de point d'appui. Il suffit de presser quelques instants pour que le filet soit divisé, sans qu'il y ait eu une seule goutte de sang répandu.

Aussitôt le filet coupé, la tension douloureuse cesse, et l'ulcère, mis à découvert, permet des pansements plus réguliers

et plus efficaces. Mais le point capital par là obtenu, c'est, ne l'oublions pas, d'avoir enlevé, en trois secondes, un corps que la chancrelle aurait mis trois semaines à détruire, et avant la destruction duquel la cicatrisation ne pouvait s'effectuer.

La chancrelle du filet peut perforer l'urèthre. C'est un accident extrêmement rare. D'ailleurs, ordinairement, à mesure que l'ulcère guérit, la perforation se comble spontanément. En cas contraire, provoquez, à la période de réparation, la formation de bourgeons charnus, en cautérisant trois ou quatre fois, à trois jours d'intervalle, la plaie jusqu'au fond, avec un crayon de nitrate d'argent taillé en pointe. En même temps, ne laissez uriner le malade qu'à travers un bout de sonde, porté, chaque fois qu'il sent le besoin d'uriner, à 6 ou 8 centimètres de profondeur dans le canal ; et pendant qu'il urine ainsi par la sonde, qu'il ait soin de presser sur l'ouverture fistuleuse, au moyen d'un petit ballon de caoutchouc, afin qu'aucune goutte d'urine, passant entre la sonde et la paroi urèthrale, ne puisse enfiler ce trajet.

Chancrelle de l'anus. — Elle est apportée là, soit *directement;* soit par l'ongle d'un homme qui a une chancrelle au pénis et qui, après l'avoir pansée, se gratte... où cela lui démange, sans s'être lavé les doigts ; soit, enfin, par du pus chancrelleux coulant du vagin sur l'anus.

La marge de l'anus est plissée comme l'est le limbe du prépuce. A l'anus comme au prépuce, la chancrelle a donc une grande tendance à se perpétuer, en se transmettant d'un bord de l'un de ces plis à l'autre bord. Comme au prépuce aussi, c'est en tenant ces bords séparés par un éventail de charpie imbibée de la solution de nitrate d'argent, qu'on les empêche de se contagionner.

Mais à la région anale, il se présente deux difficultés particulières. D'abord, le malade ne peut guère faire lui-même son pansement, et il n'est pas aisé de trouver un aide capable

qui, deux ou trois fois par jour, prête la main à pareille besogne. — En second lieu, le boudin stercoral, en passant à travers l'ouverture, agrandit les ulcères, déchire les cicatrices en voie de formation, cause, en un mot, le même ravage que celui contre lequel je mettais, ci-dessus, en garde le malade atteint de chancrelles du limbe, quand je lui recommandais, par dessus tout, de ne jamais décaloter.

Malheureusement, la défécation n'est pas un acte facultatif; c'est, sinon la plus nécessaire, du moins la plus impérieuse des fonctions. Ne pouvant la supprimer, il faut donc s'arranger de manière à ce qu'elle soit aussi peu irritante ou, pour mieux dire, aussi peu dilacérante que possible.

Dans ce but, on administre 12 ou 15 grammes de sulfate de magnésie, tous les deux jours, ou 5 centigrammes de résine de podophilin par jour. De plus, dès que le malade sent le besoin d'évacuer, il prend un quart de lavement de décoction de racine de guimauve, ou, plus simplement, d'huile d'olive. Poussez le lavement à travers une sonde de gomme élastique, n° 10, préalablement introduite à 6 ou 8 centimètres dans le rectum.

Malgré ces précautions, il faut être averti que les chancrelles de la marge de l'anus s'y multiplient et s'y éternisent. Quelquefois même, elles remontent dans l'intérieur de l'intestin à une profondeur telle que, même en attirant à l'extérieur et déplissant la membrane, on peut à peine apercevoir l'extrémité inférieure, périphérique de l'ulcération.

E pur... Et cependant la chancrelle anale finit par guérir! Elle guérit parce que le sphincter que le passage des matières tend à forcer, réagit et se contracte ; contraction qui empêche les déchirures chancrellifiables de se produire au delà d'une certaine limite en profondeur.

Parfois, néanmoins, cette limite est franchie; parfois la chancrelle entame ou même divise le sphincter. Alors l'ulcère persiste indéfiniment, s'étendant en tous sens. J'ai vu de ces

cas où les pansements les plus méthodiques, exécutés assidûment par le médecin lui-même, modéraient le progrès de la chancrelle, mais ne l'arrêtaient pas. — Il faut alors — et je l'ai fait avec succès — appliquer la pâte de Canquoin, pendant deux heures, en la maintenant, au moyen d'une grosse mèche, pressée contre le fond de l'ulcère. Celui-ci est, par là, transformé en plaie simple, et la guérison s'obtient sans difficultés.

Il est, dans cette région, une autre variété de chancrelles, beaucoup plus aisées à guérir. Ce sont celles qui siégent en dehors de l'anus, sur la face interne des fesses. Elles s'y multiplient, mais, justement pour cela, n'y gardent pas une longue durée. Il est rare que la chancrelle du pli de l'anus ne se complique pas de quelques-unes de ces chancrelles interfessières. — Pour que le pansement y tienne, faites-le consister en un *atome* de charpie mouillée de la solution lunaire.

Chancrelle de l'urèthre. — Pour expliquer un écoulement intarissable, pour se rendre compte de véroles dont on ne retrouvait pas l'accident primitif, beaucoup de malades d'une part, beaucoup de médecins de l'autre, disaient jadis : « Cela vient d'un *chancre du canal.* » Aujourd'hui, qu'on ne les suppose plus, qu'on n'admet que ceux qu'on voit ou qu'on sent, leur nombre a singulièrement diminué, et presque tous ceux qu'on observe siégent au méat. Aussi, les diagnostiquer d'avec la blennorrhagie, seule ou concomitante, est on ne peut plus aisé. S'ils sont un peu plus profonds, on reconnaît leur présence à un certain gonflement circonscrit, à la douleur et au saignement qui se produisent quand on presse sur ce point. Enfin, presque toujours, tôt ou tard, le progrès de l'ulcération l'amène à devenir visible à l'extérieur.

L'indication principale est d'empêcher la chancrelle d'un côté du méat de se propager par contagion au côté opposé. Dans ce but, il faut, après chaque miction, introduire une mèche de charpie enduite de pommade au nitrate d'argent,

afin d'empêcher la juxta-position de la surface contagionnable avec la surface contagionnante.

C'est ainsi qu'on y travaille, mais je dois dire qu'on n'y parvient qu'exceptionnellement. Autant la contagion est rare entre tissus différents, malgré leur adossement le plus intime et le plus prolongé (exemples : le prépuce et le gland, le col et le vagin) autant, quand les tissus sont similaires, cette contagion est fréquente, à peu près inévitable (exemples : les plis du limbe, de l'anus, les deux faces du méat). — N'insistez donc pas, outre mesure, sur des pansements qui sont incommodes, difficiles et douloureux ; et si vous voyez la contagion s'opérer en dépit de vos efforts, pour la prévenir, bornez-vous à prescrire une injection de quelques gouttes d'huile d'amandes douces ou de glycérine, répétée avant chaque miction, et à préserver le méat de tout frottement douloureux au moyen d'un bandage approprié (la compresse longuette placée par son milieu sur le gland, et dont les deux extrémités repliées l'une sur la face supérieure l'autre sur la face inférieure de la verge, sont maintenues par une bande roulée).

Chancrelle céphalique. — On a longuement et laborieusement recherché pourquoi la chancrelle s'observe si rarement — quelques-uns ont dit : ne s'observe jamais — à la face, ni dans la bouche. Mais cette question n'intéressant en rien le thérapeutiste, je l'écarte. — Les chancrelles de la tête se pansent comme les autres. (Voy. notamment, ci-dessus, le *chancre du fourreau*).

Chancrelle de la femme. — « Elle a surtout pour siége, dit M. Clerc, la muqueuse vulvaire : on la rencontre très-fréquemment sur la fourchette ; sur les plis et sur les bords des petites lèvres ; dans la fosse naviculaire ; sur et entre les caroncules myrtiformes ; à l'orifice du méat urinaire et à l'entrée du canal ; sur le clitoris et son prépuce, et dans le voisinage. — Elle est plus rare sur les grandes lèvres et nous

ne l'avons pas fréquemment observée sur la peau qui avoisine les organes génitaux. »

« Celles du vagin ne sont pas communes ; les 8 ou 10 que nous avons rencontrées étaient situées à l'extrémité supérieure du vagin, dans le voisinage du col. »

M. Clerc en a vu un plus grand nombre au col (de 15 à 20). Il cite même un cas très-concluant de chancrelle *intra-utérine*. Chez une femme examinée au speculum par les professeurs Lallemand et Delmas, aucune ulcération du col n'avait pu être découverte. Mais en pressant avec le speculum sur le col, on en fit sortir du pus qui, inoculé par quatre piqûres à la cuisse de la malade, y produisit quatre chancrelles bien caractérisées.

Les chancrelles féminines n'ont rien de spécial sous le rapport du traitement. Deux brèves remarques seulement :

Quant aux chancrelles extérieures, comme il est très-difficile de pousser la charpie jusqu'au fond de l'ulcère, et plus difficile encore de la maintenir en place, il vaut mieux se borner à toucher, deux ou trois fois par jour, avec un tout petit pinceau humecté de la solution *normale* (0,8 sur 20) de nitrate d'argent. D'ailleurs, quoique peu méthodiquement pansées, les chancrelles vulvaires, si la santé générale est bonne et si la femme prend les moindres soins de propreté, guérissent assez promptement.

Quant aux chancrelles profondes, quelques médecins tentent d'absorber, au moyen du tamponnement, le pus qu'elles secrètent, afin d'empêcher les inoculations de voisinage. Mais, pour peu que le tampon descende — ce qui ne manque jamais d'arriver — le danger — plus théorique que réel — de ces inoculations reparaîtrait, augmenté de celui résultant de la stagnation du pus. — Je préfère, après avoir cautérisé tous les matins, faire durant la journée quatre ou cinq injections, avec la petite seringue en verre, d'un liquide qui se trouve partout sous la main et qui ne tache pas le linge, tel que de l'eau

salée ou de l'eau rendue astringente par l'addition d'un peu de vinaigre de toilette.

B. — Modifications dues à l'état de l'organisme.

Phagédénisme. — En inoculant du pus de chancrelle phagédénique à un sujet sain, on ne lui donne qu'une chancrelle simple et non phagédénique : d'autre part, en inoculant du pus de chancrelle non phagédénique à un sujet actuellement porteur de chancrelle en cours de phagédénisme, on fait développer au point inoculé une chancrelle phagédénique. Ce double fait prouve clairement que le phagédénisme provient, non d'un principe morbide spécial, mais d'une cause inhérente à l'individu.

Or, cette cause individuelle est générale ou locale, formée de longue date ou accidentelle et récente. Mais elle peut toujours — quand elle est constatable — se rapporter à l'un ou à l'autre des deux types tranchés qui suivent :

1° *Causes de type asthénique.* — Vieillesse, froid, misère, insomnie, anémie, scorbut, scrofule, chlorose, dyscrasies ou cachexies débilitantes, abus du mercure, préoccupations morales tristes. — *Localement :* situation de la chancrelle ou conformation des organes telles que celle-ci subisse soit une stase sanguine, soit de l'étranglement.

2° *Causes de type sthénique.* — Tempérament sanguin, pléthorique, climat chaud, alcoolisme, vie plantureuse, excès de table et de coït, maladies inflammatoires, déplacement de fluxions herpétiques ou hémorrhoïdales, enfièvrement de l'amour, de l'ambition, de la passion du jeu. — *Localement :* érections prolongées, marches forcées, pansements ou frottements irritants sur l'ulcère.

Le phagédénisme n'étant, au fond, que de la gangrène, on comprend qu'il reconnaisse, pour cause l'un ou l'autre des deux ordres d'influences précitées, c'est-à-dire qu'il puisse

également résulter soit de l'excès, soit du défaut d'afflux de sang.

Mais, d'autre part, notons que, dans la pratique, cette destruction organique se présente sous deux formes : tantôt les tissus sont minés, emportés molécule par molécule ; tantôt ils tombent par segments, par lambeaux d'une étendue appréciable. La première espèce est le *phagédénisme* proprement dit ; on a réservé pour la seconde le nom de *gangrène*.

Or, d'une part, deux ordres de causes, de l'autre, deux formes morbides... Il y avait bien là de quoi tenter l'esprit généralisateur des théoriciens. Mais, jusqu'à présent du moins, leurs efforts n'ont pas abouti ; la dichotomie étiologique reste indépendante de la dichotomie descriptive ; en d'autres termes, tant le phagédénisme que la gangrène s'observent à peu près indifféremment, comme effet des agents débilitants et comme effet des agents excitants. Tout ce que l'expérience nous permet d'avancer à cet égard, c'est que la forme gangréneuse paraît dépendre plus souvent des causes sthéniques, le phagédénisme proprement dit des causes asthéniques. Mais, il faut qu'on en soit prévenu, ce dernier se voit assez fréquemment sur des individus chez lesquels vous chercheriez en vain à découvrir l'une des causes énumérées ci-dessus, tant sthéniques qu'asthéniques ; tandis qu'il est rare qu'on ne puisse pas rapporter la gangrène à une influence réelle, dont la présence chez le malade est susceptible d'être démontrée.

En somme, quand le médecin rencontre un exemple de cette complication (gangrène ou phagédénisme), qu'il ne se laisse égarer par aucune préoccupation doctrinale ; au lieu de vouloir à tout prix remonter de la forme à la cause, qu'il recherche impartialement et soigneusement sous laquelle des deux influences sthénique ou asthénique le cas semble s'être produit, et s'applique moins à faire jouer à cette influence un rôle étiologique qu'à la supprimer d'abord, puis à en combattre les effets.

Examinons, sous ce rapport, les principales variétés de phagédénisme que nous a offertes la pratique. Elles se rattachent naturellement aux deux formes suivantes :

A. *Forme gangréneuse.* — Quelques sujets affaiblis par l'âge ou les privations ont parfois une mortification des bords de leur chancrelle. On y remédie par les pansements au vin, au charbon, au tartrate de fer, à l'acide phénique dilué, et par le régime tonique; mais cet accident est de beaucoup le plus rare.

Le cas ordinaire est celui-ci : chez des *jeunes gens sanguins, qui font la noce*, qui ont *beaucoup marché*, une chancrelle de *la verge* (organe particulièrement exposé aux frottements) et surtout du *dos* de la verge, devient le point de départ d'une gangrène qui envahit plus ou moins loin en largeur et en profondeur.

Or, c'est justement ce *plus ou moins* qui fait ici le danger et qui doit appeler l'attention du médecin. Que la circonférence et le fond d'un ulcère soient frappés de mortification, il ne s'en suivra ni perte notable de temps, ni difformité bien apparente. Mais, souvent, le ravage s'étend fort au-delà, de larges segments escharrifiés se détachent, comprenant toute l'épaisseur de la peau, et, outre de cruelles souffrances, il en résulte une difformité, ainsi qu'une gêne de fonctions, irréparables.

En vue de ces graves conséquences, il importe de savoir distinguer, prévoir l'imminence de la complication gangréneuse. Lors donc que, sur un sujet atteint de chancrelle du fourreau, en même temps que le fond de l'ulcère devient grisâtre et la sécrétion moins liée, et qu'il y a de la fièvre, vous verrez apparaître une certaine tuméfaction de *tout l'organe*, tuméfaction que le repos de la nuit ne dissipe qu'en partie; s'il s'y joint, dans l'étendue de 2 *ou* 3 *centimètres*, autour de l'ulcère, une coloration d'un *violet pâle*, il est grand temps d'agir, et vous pouvez encore, par la prescription suivante,

immédiatement et rigoureusement exécutée, prévenir de fâcheux désordres :

N° 31. — « Après avoir pris un bain, rester pendant trois ou quatre jours au lit, la verge enveloppée de cataplasmes de farine de lin, tièdes plutôt que chauds, et tenue modérément élevée sur un petit coussin.

« Panser la chancrelle, trois fois par jour, avec de la charpie imbibée de décoction de racine de guimauve, tiède.

« Boire quatre ou cinq verres par jour d'infusion de mauve et de violettes. N'user, aux repas, que d'eau rougie.

« Médications contre les érections *ut supra*. »

Lorsqu'on n'a pu intervenir assez tôt pour éviter la formation des eschares, la même ordonnance sert, du moins, à en limiter l'étendue. Si, cependant, on n'a été consulté que très-tard, à la période où la prostration, les sueurs, la diarrhée, les nausées, les lipothymies ont succédé à l'état inflammatoire, il faut employer, en même temps que les toniques, les cordiaux, les stimulants diffusibles. Avant cette époque, les débridements sont parfois nécessaires. On les fait longitudinalement sur les points les plus distendus, en ayant soin de ménager, autant que possible, l'intégrité du prépuce. Dans ces cas, d'ailleurs, le gonflement est tel que l'incision, quelque profonde qu'elle paraisse au moment où on la pratique, se trouve, ensuite, n'avoir intéressé qu'une épaisseur de tissus relativement faible.

Les plaies, succédant aux eschares, seront, si elles languissent, pansées avec l'onguent digestif.

Dans le cas que je viens de décrire, la chancrelle n'a été pour le développement de la gangrène qu'une occasion. C'est encore le rôle qu'elle joue lorsque, dans un paraphimosis survenu chez un chancrelleux, la base du gland et le collet du prépuce, se comprimant l'un l'autre, sont frappés de mortification. Cela est tellement vrai que les seules chan-

crelles qui, chez un sujet atteint de plusieurs chancrelles, deviennent alors gangréneuses sont celles qui siégeaient sur un endroit soumis à l'étranglement; et que, d'autre part, on voit aussi, sur lui, la gangrène envahir des endroits étranglés, mais où il n'y avait pas de chancrelles. Il faut noter que sur ces derniers points, la plaie qui succède à l'eschare se chancrellise ultérieurement par inoculation venue du voisinage, de sorte que, à un moment donné, on voit partout, à la fois, de la chancrelle et de la gangrène. Mais, quand on a suivi avec attention le développement de ce double processus, on reconnaît que la chancrelle, loin de causer la gangrène, n'a fait que la subir. — Promptement réduire le paraphimosis est le seul moyen de mettre ordre à l'extension et à la multiplication, sans cela indéfinies, des chancrelles.

Il est un autre point où, chancrelle et gangrène se donnent en quelque sorte la main pour une œuvre commune; et, ce point, remarquons-le, c'est encore le *dos* de la verge. Durant le cours de chancrelles sous-phimosis, on voit parfois la peau du dos de la verge, au niveau de la base du gland, s'amincir, devenir noirâtre, se mortifier et, finalement, subir une perforation de 1 à 2 centimètres de diamètre, à travers laquelle on découvre le gland. — Que s'est-il donc passé là?

Ce qui s'est passé?... Il existait des chancrelles et sur le gland et à la face interne du prépuce. Les premières faisant tuméfier le gland, cet organe, augmenté de volume, a pressé par sa base, comme par un bord tranchant, de dedans en dehors, contre le prépuce. Or, comme le prépuce avait lui-même des chancrelles, on comprend que, miné à la fois par l'ulcération et par la gangrène, qui résulte de l'incessante pression du gland, il se soit perforé.

Afin de mieux guérir les chancrelles sous-préputiales de cette espèce, celles qui tardent à se cicatriser, un de mes collègues conseille l'incision. Couper le prépuce pour l'empê-

cher d'être percé, c'est là, en effet, un procédé infaillible... mais un peu trop analogue peut-être au moyen populairement connu pour éviter de se mouiller ! Je préfère, quant à moi, soigner d'aussi bonne heure que possible les chancrelles sous-phimosis, c'est-à-dire les traiter par les injections de nitrate d'argent ; et je tiens à répéter que, grâce à l'emploi de ces injections, continué avec méthode et persévérance, jamais, dans ma pratique, je n'ai vu se produire de perforation du prépuce. — Quant à celle qui se serait produite faute de soins, et qui aurait persisté malgré quelques cautérisations faites sur son contour, le chirurgien devrait, si elle était étroite, suturer ses bords préalablement ravivés ; si elle était large, achever la division du prépuce en la régularisant de son mieux.

B. *Forme phagédénique proprement dite.* — Tout chancre ronge : le nom l'implique. A ce compte, tout chancre serait donc phagédénique.

Faut-il, comme l'insinue Vidal, dire qu'un chancre mérite, en effet, ce nom dès qu'il a « franchi ses limites conventionnelles ? » Suffit-il, pour qu'on l'appelle phagédénique, qu'il ait duré et se soit étendu un peu plus que d'habitude ?... Un autre auteur classique, et le premier de tous, semblerait en avoir jugé ainsi ; car il décrit parmi les *chancres phagédéniques* la chancrelle du filet, laquelle, pourtant, comme je l'ai démontré, ne doit qu'à sa situation ses propriétés rongeantes.

Je prends cet exemple et je dis : « La chancrelle du filet peut durer deux ou trois mois ; elle creuse, perfore, détruit les tissus, et cependant personne, aujourd'hui, ne l'appellera phagédénique. Pourquoi ? parce que, pendant toute sa durée et dans toute son étendue, elle n'a, ni un seul instant ni sur un seul millimètre, offert d'autres caractères apparents que ceux de la chancrelle ordinaire. Si cet ulcère progresse, ce

n'est point qu'il ait une nature spéciale, c'est uniquement parce que son fond, incessamment déchiré, s'inocule, et par conséquent, s'agrandit incessamment; c'est, en un mot, parce que son siége le fait, pour un certain temps, progressif. »

Eh bien! la vraie chancrelle phagédénique ne consiste pas en une série de chancrelles à cours régulier. Elle résulte, au contraire, essentiellement d'un processus chancrelleux irrégulier, processus provenant d'une cause dont l'existence est prouvée 1° par les conditions spéciales d'hygiène et de santé qui l'engendrent, 2° par le fait même de l'absence de tendance de l'ulcère à se *réparer*; 3° enfin, par les caractères objectifs particuliers que prend cet ulcère.

En effet, frappée de phagédénisme, la chancrelle devient plus douloureuse; les anfractuosités de son fond sont plus profondes; la matière qui couvre ce fond, au lieu d'offrir une certaine consistance et une couleur blanc jaunâtre, est moins liée, ténue, d'un gris salé et d'une odeur spéciale; les bords sont gonflés, déchiquetés à leurs contours et largement décollés. Enfin, les jours, les semaines, les mois même se passent sans qu'il s'opère ni détersion de la surface, ni affaissement et recollement des bords, indices du travail physiologique qui, dans les cas normaux, amène régulièrement la transformation de la chancrelle en plaie simple.

Cette complication peut envahir une chancrelle à n'importe quelle période de son évolution. Certaines régions y sont plus sujettes, les doigts, l'aine, le pli génito-crural, les grandes lèvres. Le tissu sous-cutané se prête particulièrement à son extension.

Cet état est si bien une affection à part, qu'il commence ordinairement avec des caractères réels d'acuité, s'accompagnant de fièvre, d'embarras gastrique, sueurs, insomnie, soif, céphalée. Notez qu'on observe ces symptômes chez les sujets mêmes dont la débilitation, l'asthénie ont été la cause du phagédénisme : ils proviennent, par conséquent, du travail

phagédénique même et non des troubles constitutionnels qui ont donné naissance à celui-ci.

En décrivant cette singulière et capricieuse déviation, il faut sans doute résister à la tentation de lui prêter une marche réglée. Pourtant l'observation prouve que, en général, après deux ou trois mois d'acuité, le phagédénisme tantôt cesse (laissant l'ulcère se cicatriser), tantôt passe à l'état chronique.

Cette dernière forme comprend les vastes et interminables ulcérations que nous voyons ravager le fourreau, l'hypogastre, l'aine, les fesses, durer plusieurs années, ne se cicatrisant sur un point que pour se rouvrir sur l'autre, creusant de préférence les endroits déclives, secrétant toujours un pus inoculable. A cette période, la réaction fébrile et gastrique a cessé ; il se produit même, chez quelques malades, un appétit insatiable. Mais la douleur locale, l'abondance de la suppuration, l'inaction et l'isolement forcé, par dessus tout l'horreur de leur situation et la perspective de n'y point voir de terme, voilà ce qui, pour ces malheureux, constitue un vrai supplice, et si l'âge ou la misère s'y joignent, un danger pressant.

Traitement. — Lorsqu'une maladie possède beaucoup de remèdes, que ces remèdes n'ont rien de commun dans leur mode d'agir, que cependant chacun d'eux, bien que la maladie soit identique, compte quelques exemples de succès avérés, ce lieu commun vient instinctivement aux lèvres : « La richesse apparente de la thérapeutique n'est qu'une preuve de sa pauvreté. »

J'en tire, moi, une autre conséquence : c'est que la maladie dont il s'agit est susceptible de guérir, guérit le plus souvent d'elle-même ; qu'elle guérit *pendant que* et non pas *parce que* l'on emploie telle ou telle médication ; enfin que celle que l'on administrait au moment où la cure spontanée a eu lieu, escroque plus qu'elle ne mérite l'honneur qu'on lui fait d'avoir été le moyen de salut.

Cette conclusion s'applique admirablement à l'histoire du

phagédénisme. Je vais tout à l'heure énumérer vingt agents, dont aucun, à coup sûr, n'aurait obtenu son renom de spécifique s'il n'avait pas plusieurs guérisons à son actif. Et cependant il n'en est aucun, non plus, que je n'aie vu honteusement échouer. Et preuve non moins forte d'impuissance, il n'en est aucun qui ait su se concilier la faveur exclusive, pas même la préférence des praticiens. Remarque tellement vraie, que, au moment d'écrire la première ligne de ce long catalogue, je n'en vois pas un au sujet duquel une voix intérieure, un souvenir reconnaissant ne me crie : « Commencez par celui-là ! »

Ricord conseille les pansements avec une solution aqueuse, au 10me et plus, de tartrate de fer et de potasse ; on en prend aussi à l'intérieur, de 2 à 3 grammes et plus, par jour ;

Compression avec des bandelettes de sparadrap de Vigo, ou des lames de plomb ;

Applications réitérées de poudre de camphre ;

Pansement avec une solution aqueuse concentrée d'extrait d'opium, une solution au 10me de cyanure de potassium ;

Bains sulfureux, fer à l'intérieur, huile de foie de morue, régime tonique, séjour à la campagne ;

Cataplasmes de pulpe de carotte ;

Pansements avec des caustiques légers, tels que solution de nitrate d'argent ou de chlorure de zinc ;

Avec la poudre de charbon ou de quinquina, ou d'iodoforme, — agent excellent, mais coûteux, et dégageant une odeur compromettante par sa persistance, — ou les acides végétaux ou minéraux dilués (comme pour la pourriture d'hôpital) ;

Appliquer un vésicatoire sur le fond de l'ulcère ou bien mettre sous ses bords décollés de la poudre de cantharides, et réitérer cette dernière application plusieurs fois, à trois ou quatre jours d'intervalle, jusqu'à ce que la surface apparaisse rosée, de bonne nature ;

Irrigations continues d'eau froide;

Pansements avec le tannin, l'extrait de ratanhia, le perchlorure de fer, la créosote, l'alcoolé de guaco, la teinture d'iode, etc. ;

Pansements avec l'onguent digestif, simple ou animé, et autres onguents analogues, base d'un nombre presque infini de recettes soi-disant infaillibles, etc.

N'y a-t-il donc qu'à prendre au hasard, dans le nombre de ces arcanes, ou à se décider d'après la nouveauté du remède ou la force de la réclame?... Pas tout à fait. Si malheureusement l'analyse soit des symptômes, soit des causes ne suggère, le plus souvent, aucun motif déterminant de préférence, on trouve du moins quelques considérations utiles à consulter, dans la prédominance de tel ou tel élément pathologique. Les bords de l'ulcère sont-ils gonflés, douloureux, la peau chaude, la fièvre bien établie? Tant que cet état dure, usez des bains, des cataplasmes émollients; ordonnez le repos. — Existe-t-il une sensibilité très-vive? Employez les pansements à l'opium, ou à la belladone ou aux cyanures. — A-t-il préexisté à l'invasion du phagédénisme un état gastrique de quelque importance? Boissons délayantes et diète, ou eau de Vichy, ou un vomitif, selon le cas. — La sécrétion plus séreuse que purulente, la mollesse des bords, la pâleur du tégument voisin recommandent les ferrugineux intra et extra. — On saisira parfois enfin l'indication, soit capitale soit accessoire, des anti-périodiques, des désinfectants, d'un appareil immobilisant, d'excision de quelques lambeaux voués à la mortification, etc.

Laissant au tact de chacun l'appréciation de ces nuances, veut-on savoir, maintenant, quelle est, en pareil cas, ma conduite ordinaire? Eh bien, presque toujours je commence par les pansements avec la solution usuelle de nitrate d'argent. Seulement j'en imbibe de petits faisceaux de charpie, longs seulement de 6 ou 8 millimètres, que j'insinue sous les bords décollés : manœuvre ennuyeuse, difficile, douloureuse,

surtout les premières fois, mais qui très-souvent guérit, et plus souvent encore fait immédiatement cesser la souffrance.

Je donne aussi un bon rang au pansement avec la solution de tartrate de fer, ainsi qu'à l'application de la poudre de camphre. Du reste, n'oublions pas que chaque remède use assez vite son efficacité ; qu'après avoir d'abord paru imprimer à la marche de l ulcère une bonne direction, il le laisse ensuite stationnaire, si bien qu'il faut souvent venir, avec un médicament de moins de renom, au secours d'un spécifique plus en crédit, mais qui a fait son temps.

Je serais ingrat d'omettre un topique fort simple qui, conseillé par M. Rodet, m'a guéri :

N° 32. —	Eau.	20	grammes.
	Jus de citron.	6	»
	Laudanum de Sydenham.	3	»
	Sous-acétate de plomb liquide. . . .	4	»

« Secoué, il prend l'aspect d'une crême, dont l'ulcère se trouve on ne peut mieux, surtout si l'on a soin d'y doser extemporanément la proportion de jus de citron, en la variant et l'augmentant progressivement de manière à déterminer constamment une cuisson légère, mais sensible. »

Les pansements avec la crême fraîche triomphent presque toujours des ulcères qui rongent les doigts.

Avec ces remèdes et quelques autres, choisis parmi les inoffensifs, intelligemment diversifiés ; en pourvoyant à l'hygiène du malade ; en soutenant son moral par des promesses calculées de façon à ce qu'elles ne soient jamais exposées à recevoir des démentis absolus, on conduit ordinairement sans encombre un phagédénisme aigu jusqu'à sa fin naturelle, qui est la guérison au bout de trois ou quatre mois.

Mais il peut se terminer différemment : il peut non-seulement se perpétuer sur place, en marchant du centre à la circonférence, mais devenir indéfiniment extensif. C'est le

phagédénisme chronique, lésion des plus sérieuses, si l'on considère sa ténacité, ou, pour mieux dire, son incurabilité à peu près absolue tant qu'on se borne aux médications précédentes. Et cependant, malgré sa gravité, cet état ne produit aucune altération constitutionnelle spéciale. Il affaiblit l'organisme par les douleurs et la suppuration qui en sont les conséquences ; mais on ne lui connaît pas d'appareil de symptômes pathognomoniques. A ce point de vue, on pourrait établir entre le phagédénisme aigu et le phagédénisme chronique la même assimilation qu'entre la syphilis secondaire et la syphilis tertiaire ; car, comme le tertiarisme, le phagédénisme chronique 1° ne se produit que chez quelques-uns des sujets que leurs antécédents pathologiques y exposaient ; 2° laisse le plus souvent ignorer pour quelle cause il épargne ceux-ci et frappe ceux-là ; 3° ne suscite plus les troubles généraux qui avaient accompagné l'état aigu ; enfin 4° n'a nulle tendance à guérir spontanément.

Contre cet état, je ne connais guère que deux remèdes, à juste titre recommandés par deux de mes successeurs : l'opium, par M. Rodet ; le cautère actuel, par M. Rollet.

L'extrait d'opium est donné à la dose initiale de 8 centig. en deux fois, dans les vingt-quatre heures. On en augmente la quantité de 5 centig. d'abord, et plus tard de 10 centigr. (toujours en deux fois) tous les cinq ou six jours. On peut aller ainsi jusqu'à 7 et même 8 et 9 décigr. dans les vingt-quatre heures. La tolérance s'établit sans difficulté, et l'on évite tout accident si l'on a soin : 1° de n'administrer le médicament que lorsque la digestion du repas précédent est complétement achevée, et 2° d'augmenter, en même temps que la dose d'opium, la quantité de vin que le malade prend en mangeant. M. Rodet a obtenu d'admirables résultats par cette médication. Je lui ai dû, quant à moi, plusieurs succès dont un chez un jeune homme qui languissait, incurable, depuis deux ans, et qui, par ce seul traitement, fut guéri en sept semaines.

Mais il ne guérit pas toujours ; et je l'ai, notamment, trouvé sans efficacité dans tous les cas de phagédénisme aigu où je l'ai appliqué.

C'est de ces résistances opiniâtres qu'on a raison par le fer rouge. Je ne saurais mieux faire que de transcrire ici les excellents préceptes grâce auxquels j'ai vu M. Rollet guérir des malheureux littéralement dévorés par des ulcères serpigineux qui occupaient au moins le quart du tégument de la cuisse ou du flanc :

« Le malade étant endormi, le chancre est lavé à grande eau avec une éponge et soigneusement abstergé et séché avec de la charpie.

« On promène le fer rouge sur toute la surface chancreuse. Il faut surtout avoir l'œil sur les bords décollés et sinueux de l'ulcère ; c'est là que le fer rouge doit être porté avec le plus d'attention, afin qu'aucun diverticule ne soit épargné. La peau décollée doit être cautérisée, non-seulement en dessous, à revers, mais même en dessus, de manière qu'elle soit entièrement modifiée ou détruite. En règle générale, il faut cautériser profondément pour que la cautérisation dépasse les limites du chancre, mais plus profondément sur les bords qu'ailleurs ; il faut aussi cautériser la surface malade dans toute son étendue, afin que rien, absolument rien de chancreux n'échappe à la cautérisation. C'est même ce qui fait la grande supériorité du fer rouge sur les caustiques, dans ces cas difficiles ; car c'est le chirurgien qui conduit le fer rouge depuis le commencement jusqu'à la fin de l'action cautérisante. Il sait ce qu'il fait, et il fait tout ce qui est nécessaire.

« L'opération terminée, la plaie est pansée à l'eau froide. Les pansements ultérieurs se font, pendant quelques jours, avec de l'eau ordinaire ou de l'eau blanche, et ensuite avec du vin aromatique. »

J'ajouterai que, dans cette opération, une sorte de férocité est indispensable. User de ménagements serait un calcul des

plus nuisibles. En effet, en laissant quelques points incomplétement cautérisés, on déterminerait une récidive épouvantable, l'aire chancrelleuse nouvelle se composant, en ce cas, outre la chancrelle ancienne, de la surface cautérisée qui se serait infailliblement réinoculée.

Je dois signaler encore une variété particulière, assez rare, que j'appellerais volontiers *chancrelle écorçante*. Ici, en effet, il y a bien phagédénisme, mais l'ulcération ne s'étend qu'en surface. Je n'ai observé cette espèce qu'au fourreau et sur des chancrelles très-superficielles, dont les bords, par conséquent, étaient à peine décollés et dont le fond, plutôt rouge que jaunâtre, n'offrait qu'à un faible degré la couche pultacée caractéristique de toute chancrelle. Eh bien! sans cause connue, ces ulcères, en apparence très-bénins, se mettaient à gagner en largeur, sans creuser davantage, sans que l'aspect tout spécial de leurs bords et de leur fond se modifiât en rien. On aurait dit que la somme de travail érosif départie à toute chancrelle se faisait ici en surface au lieu de se faire en profondeur. Pas de réaction générale.

Cette allure inquiète le malade, qui se voit progressivement écorché en quelque sorte. Elle désole aussi le médecin; car, comme les autres variétés de chancrelle phagédénique, celle-ci défie aussi les médications les plus méthodiques et les plus diverses; et, pour mon compte, quoique je la connaisse bien, quoique je l'attaque à temps dès que je la vois se dessiner, j'avoue n'avoir pas encore découvert son spécifique.

Qu'on se rassure, cependant; elle finit par guérir comme les autres formes aiguës. La guérison, au bout de quelques semaines de plus que la chancrelle ordinaire, est même un de ses caractères, et je ne vois rien de mieux à lui opposer que la solution de nitrate d'argent ou le topique au jus de citron, au laudanum et à l'acétate de plomb, de M. Rodet.

Ne confondons pas avec la chancrelle phagédénique certains ulcères chroniques qui, chancrelleux à l'origine, persistent sous forme indolente et finissent par perdre le caractère essentiel de la chancrelle, l'inoculabilité de leur sécrétion. On les rencontre surtout chez les prostituées émérites, dans les parties de la vulve les plus exposées aux contacts et aux frottements irritants. Là elles deviennent souvent, par leur aspect ambigu et leur contagiosité problématique, une cause de conflit interminable entre le médecin inspecteur qui, dans le doute, ordonne, par prudence, la séquestration de la malade, et le médecin de l'hôpital, qui refuse de l'y garder indéfiniment sans espoir de guérison et sans danger, dit-il, pour la santé publique...

On observe aussi de tels ulcères près du méat ou dans le méat, à la suite de chancrelles, chez les hommes âgés, affectés de dysurie habituelle provenant d'hypertrophie de la prostate ou de rétrécissements urétraux.

Des cautérisations réitérées avec l'acide chlorhydrique sont le mode de traitement qui donne le plus de chances de guérison. D'ailleurs, les soins de propreté suffisent, chez les prostituées, à neutraliser les principaux inconvénients de cet état qui, pour elles — à leurs yeux du moins — est une incommodité et un préjudice bien plus qu'une maladie.

BUBON

Détourné par l'usage de son sens étymologique, le mot *bubon* désigne l'engorgement des ganglions lymphatiques (et plus spécialement de ceux de l'aine) résultant de l'absorption d'une matière contagieuse.

Telle est la définition du bubon, ou du moins celle du bubon vénérien ; car tout engorgement ganglionnaire ne provient pas, tant s'en faut, de l'absorption d'une matière contagieuse : d'autres causes peuvent lui donner naissance. Or,

parfois ces causes, essentiellement simples, agissent sur un ganglion en même temps qu'il existe dans sa zone d'absorption une sécrétion contagieuse susceptible d'agir aussi sur lui à sa manière. Il résulte alors, de ces deux influences distinctes, attaquant ou susceptibles d'attaquer simultanément le même ganglion, une source d'obscurité et partant de méprises, qui m'oblige de tracer ici, avant tout, un exposé net et clair des diverses variétés de bubon :

1° *Bubon sympathique.* — Enfoncez-vous sous l'ongle une écharde de bois, qui détermine de la suppuration. Il viendra un engorgement ganglionnaire au-dessus de l'épitrochlée ou à l'aisselle. Ayez une simple fluxion dentaire tant soit peu prolongée, les ganglions sous-maxillaires se prendront.—De même durant une blennorrhagie uréthrale aiguë, de même à l'occasion d'inflammation survenant autour de n'importe quelle lésion, vénérienne ou autre, des organes génitaux (comme aussi de l'anus, des fesses ou du pied), un engorgement des ganglions inguinaux pourra se produire.

Mais, quand l'engorgement ganglionnaire ne résulte ainsi que d'une inflammation, et sans qu'il s'y joigne l'absorption d'un principe venimeux, septique ou virulent, cet engorgement reste simple dans sa marche et sa terminaison, comme la cause qui l'a produit ; il suit dans sa progression et son déclin la progression et le déclin de cette cause ; et on le voit, au bout de quelques jours, se résoudre sans avoir suscité d'autre réaction générale qu'une fièvre modérée ; sans que jamais, à moins d'un de ces tempéraments lymphatiques à l'excès, qui font tourner en abcès le moindre *bobo*, il suppure ou même menace de suppurer. C'est le bubon dit *sympathique.*

2° *Bubon chancrelleux.* — A moins d'un procédé de mise en contact tout spécialement intime, le pus chancrelleux ne *prend* sur un organe, qu'à la condition que cet organe ait

été gercé, entamé, divisé, par un agent mécanique. (De là, justement, sa rareté à la face, où le tégument est plus résistant.)

Or, la propagation de la chancrelle est soumise aux mêmes lois que sa transmission. Aussi, à la surface d'une chancrelle qui suppure régulièrement, l'absorption ne s'exerce que sur le sérum du pus, la partie solide de celui-ci, c'est-à-dire les éléments figurés, étant peu à peu détruits sur place par le travail vital, qui prépare la *réparation*. On s'explique ainsi comment les vaisseaux et les ganglions lymphatiques, en contact permanent avec le pus chancrelleux, ne deviennent pas toujours chancrelleux.

Mais supposez qu'il s'opère accidentellement une solution de continuité, une déchirure de la surface chancrelleuse. Dès lors, l'intégrité de l'appareil absorbant ayant cessé, les conditions normales de l'absorption n'existent plus et, dès lors, la matière contagieuse peut passer en nature dans les voies lymphatiques et y produire, soit la leucite chancrelleuse, soit l'adénite chancrelleuse.

L'expérience journalière prouve la justesse de cette explication physiologique. D'abord, elle seule permet de comprendre pourquoi toute chancrelle n'engendre pas de bubon [1]. Puis tous les observateurs savent que les chancrelles le plus souvent suivies de bubon, sont celles qui, en raison de leur siége, sont exposées *à saigner*, c'est-à-dire celles de l'anus, du limbe, du prépuce et, notamment, du filet. Ainsi encore se comprend la rareté comparative du bubon chez la femme, qui panse très-peu ses chancrelles, d'ailleurs lubréfiées par les flux de la région, et surtout qui les porte en *dedans*, protégées, par conséquent, contre toute cause de frottement et de tiraillement.

Figurez-vous, par la pensée, une parcelle de pus chancrel-

[1] Le bubon chancrelleux est loin d'être commun; je n'en compte, dans ma pratique, que 17 sur 100 cas de chancrelles.

leux arrivée dans le ganglion, et vous pressentez, à coup sûr, ce qui va s'y passer ; car les phénomènes s'enchaînent alors fatalement : d'abord, chancrellisation du ganglion ; puis, travail consécutif de suppuration dans le tissu péri-ganglionnaire, travail destiné à permettre l'issue à l'extérieur du pus de la chancrelle ganglionnaire ; finalement, ulcération de la peau. L'évolution morbide est donc la même dans tous les cas ; ou si elle diffère, ce n'est qu'en raison du temps plus ou moins long qu'il faut au pus pour sortir, suivant que le ganglion est superficiel ou profond[1], suivant que la couche du tissu conjonctif, qui le sépare de la peau, est épaisse ou mince. Remarquons, d'ailleurs, que deux foyers coexistent ici : l'un intra-ganglionnaire, chancrelleux ; l'autre, extra-ganglionnaire, simplement phlegmoneux, et que le premier peut s'abcéder dans le second, avant que celui-ci ait percé la peau; de même que le second, le phlegmoneux, peut s'ouvrir au dehors avant d'être entré en communication avec le premier. De là, une nouvelle source de variétés de bubons, dont Ricord a lumineusement démontré la réalité clinique, au moyen de l'inoculation.

Avec ces notions bien comprises, la description clinique du *bubon chancrelleux* ne demande que quelques mots. Averti, en premier lieu, par une douleur qu'il éprouve durant la flexion de la cuisse, le chancrelleux porte le doigt à l'aîne et y découvre une tumeur ovoïde, très-sensible à la pression. Aussitôt qu'elle est bien perceptible, déjà on la sent adhérente aux tissus profonds (caractère distinctif); la douleur y est vive, continuelle, coupée d'élancements aigus. Il y a quelques frissons irréguliers et des sueurs, dès que l'inflammation est établie; la fièvre, proprement dite, ne vient que plus tard avec la soif, l'inappétence. Le malade souffre comme s'il

[1] On a écrit que les ganglions superficiels sont seuls le siége de cette sorte de bubons. C'est la règle, en effet, mais elle n'est pas sans exceptions.

avait dans l'aîne un corps étranger pointu, dont les aspérités le blesseraient, à chaque mouvement qu'il fait.

La tumeur, cependant, s'est accrue sans interruption, sans être arrêtée dans sa marche par n'importe quelle médication. Mais s'il est fatalement progressif, cet accroissement ordinairement est loin d'atteindre les proportions de certains engorgements strumeux; car le travail ulcératif destiné à porter au dehors *les diverses suppurations* est tellement prompt qu'il donne lieu à la fluctuation, rougit, amincit, soulève la peau et, finalement, vide la tumeur avant qu'elle ait pu acquérir un volume très-considérable. Il est rare, pour employer le langage des malades, que, depuis qu'on s'est *senti une glande* jusqu'à ce que le *poulain* soit mûr, il se soit écoulé beaucoup plus de quinze jours.

Le liquide évacué n'est jamais homogène ; il est comme *panaché*. On y distingue, mêlées mais non confondues, deux matières, l'une qui est du pus louable, blanc-jaune, bien lié (le phlegmoneux), l'autre séro-purulent, roussâtre, mal lié (le chancrelleux). Ce second existe toujours ; l'autre peut n'être qu'en proportion minime, à peine perceptible, si la couche de tissu conjonctif péri-ganglionnaire enflammé avait peu d'épaisseur.

Il ne succède jamais à l'évacuation, artificielle ou spontanée, ce calme, cette détente qui suivent l'ouverture d'un abcès chaud vulgaire. C'est que le processus ulcéreux ganglionnaire et extra-ganglionnaire, à ce moment, est loin d'être terminé. Naturellement, il continue et envahit alors, d'abord la surface interne de la perforation ou de l'incision de la peau (et parfois même, trois ou quatre jours après la ponction, le malade éprouve subitement un accès, une crise passagère mais violente de douleur superficielle, au niveau de l'incision ; douleur qui annonce que la chancrelle, en s'inoculant du foyer ganglionnaire à la peau, a rencontré là un filet nerveux).

La chancrellisation continue, ai-je dit : la voie, en effet,

lui est ouverte à progresser dans tous les sens, à gagner de proche en proche, par le tissu conjonctif, soit sous-cutané, soit inter-ganglionnaire. D'abord et toujours l'ouverture de la peau s'agrandit, devient une véritable chancrelle, offrant tous les caractères des chancrelles génitales primitives, y compris l'inoculabilité de sa sécrétion. Puis, faute des soins convenables, il s'opère des décollements, qui ne sont que l'extension de la chancrelle interne, décollements qui, en avançant dans tel ou tel sens, deviennent des sinus, lesquels peuvent donner lieu à autant d'ouvertures distinctes, passant à leur tour à l'état de chancrelles. Parfois, ce travail érosif envahit, en surface, l'aîne entière, et surtout le pli génito-crural; le pus, dans la situation que prennent d'habitude les malades au lit, filant là sous la peau, labourant ainsi la région jusqu'aux dernières limites de sa déclivité. — En profondeur, l'ulcération est ordinairement plus bornée. Néanmoins, dans deux cas (dont l'un chez une jeune femme contagionnée par son mari), elle avait creusé un puits tel que, malgré la largeur de l'orifice, je n'en pouvais apercevoir le fond!... C'est là l'origine la plus fréquente des chancrelles phagédéniques chroniques, dont il a été question plus haut.

Tel est le *bubon chancrelleux*.

3° *Bubon d'emblée*. — De ce qui précède, il ressort ce fait que du pus chancrelleux peut arriver dans le ganglion, avec tout son pouvoir ulcérant, sans avoir, cependant, ulcéré le vaisseau lymphatique qu'il a dû parcourir pour pénétrer jusque-là.

Ce pus peut-il également traverser, en la laissant indemne, une autre partie du système absorbant, celle qui met ce système en communication avec l'extérieur, savoir l'épiderme et le derme? En termes plus précis, après coït avec une femme affectée de chancrelles, un homme peut-il avoir un bubon chancrelleux, sans avoir eu préalablement de chancrelle tégu-

mentaire au point touché? Deux observations de Baumès, une de D. Mollière, une de Profeta et une de moi, prouvent que le fait est possible, mais prouvent, en même temps, qu'il est très-rare. C'est, par exception, que le pus chancrelleux pénètre *en nature* jusqu'au ganglion sans avoir ulcéré les téguments, comme c'est par exception aussi (exception en sens inverse), que ce pus ulcère l'intérieur d'un vaisseau lymphatique. Mais y a-t-il là de quoi s'étonner? Les exceptions ne sont-elles pas de règle, en quelque sorte, dans une fonction comme l'absorption, dont le premier acte s'opère au sein de conditions aussi diverses, tantôt par simple imbibition, tantôt grâce à l'excitation vitale imprimée aux courants vasculaires et nerveux, tantôt par un véritable traumatisme, à travers une déchirure?...

Donc le *bubon d'emblée chancrelleux* est réel, quoique rare. Mais voici une autre forme beaucoup plus commune.

De même que les ganglions axillaires s'enflamment et suppurent chez un étudiant en médecine qui, en disséquant, a immergé le doigt dans un liquide septique, et cela sans que son doigt ait suppuré, sans qu'il ait, par conséquent, fourni du pus que le vaisseau lymphatique transportât aux ganglions, de même quand du pus de chancrelle féminine a touché le gland d'un homme, ce pus peut, quoique n'ayant pas fait naître de chancrelle sur le gland, déterminer, par un mécanisme semblable, la suppuration des ganglions inguinaux.

Or, nous venons de voir que la suppuration ainsi produite est quelquefois, rarement, de nature chancrelleuse. Mais, le plus souvent, le pus ayant été comme filtré à travers le tégument resté sain, et étant, par là, dépouillé d'une partie de ses propriétés, le ganglion ne subit qu'une inflammation simple, laquelle n'aboutit pas toujours à la suppuration, et, dans ce dernier cas, ne produit qu'une sécrétion de pus ordinaire, non contagieux : c'est là le *bubon d'emblée commun*.

Mais laissons de côté les explications. En dehors de toute préoccupation théorique, voici ce qu'on observe, et assez fréquemment : *Trois semaines*[1] après le coït — *sans qu'on puisse découvrir de chancrelles aux téguments qui sont en rapport physiologique avec les ganglions de l'aîne* — un des ganglions inguinaux s'engorge. — *Quelques jours avant* qu'il ne s'aperçoive de l'engorgement, ou tout au moins, *dès son apparition*, le malade a ressenti quelques frissons, des lassitudes vagues, insomnie, douleurs des reins, inappétence. — L'inflammation augmente, mais *avec lenteur*, et restant toujours *modérée*. — Il se passe au moins *un mois*, souvent *deux*, avant que l'engorgement se décide, soit à entrer en résolution, soit à suppurer. — Dans ce dernier cas (qui a lieu environ une fois sur quatre) le pus qui a, à peu près, l'aspect de celui des phlegmons, *ne s'inocule pas*, et l'ouverture *ne devient pas chancrelleuse*.

Tel est le bubon d'emblée commun[2].

En résumé, trois sortes d'engorgement du ganglion, selon : soit qu'une inflammation périphérique y a retenti; soit que du pus chancrelleux y est arrivé en nature; soit qu'il n'y est arrivé, de ce pus, que les éléments capables de causer une inflammation à produit non contagieux[3].

[1] Je souligne les traits qui, dans l'évolution de cette variété morbide, la distinguent du bubon chancrelleux.

[2] Beaucoup d'auteurs refusent de croire au *bubon d'emblée*. Mais comme, quelque opinion qu'on ait sur le mécanisme de sa formation, il en existe de nombreux exemples cliniques, comme on se trouve à chaque instant, dans la pratique, en présence de faits qui se rapportent à la description précédente, il faut bien que les incrédules disent à quelle cause ils attribuent ces faits. Or ceux qui rejettent mon explication sont singulièrement embarrassés pour en présenter une même seulement spécieuse. — « Ce sont des bubons sympathiques » disent-ils. — Sympathiques, de quoi?... — « Ils proviennent d'excès de coït. » — A ce compte, tout nouveau marié aura son bubon pendant le voyage de noces!... — « Ils tiennent à des marches forcées. » — Serait-on donc voué au bubon, par cela seul qu'on est fantassin, facteur rural ou commis de ronde?... — « C'est une manifestation de la scrofule. » — Eh quoi! toujours à l'aine, jamais ailleurs et jamais sans un coït antérieur!... Alors c'est de la scrofule locale, n'est-ce pas?

[3] Il sera question plus tard de l'adénopathie concomitante du *chancre*, lésion tout à fait à part.

Cliniquement, et répondant à ces trois mécanismes : Soit le *bubon sympathique*, qui ne suppure pas; soit le *bubon chancrelleux*, qui suppure toujours et toujours fournit un liquide contagieux; soit le *bubon d'emblée commun*, qui peut suppurer, mais ne fournit alors qu'un pus simple.

Traitement. — Grâce aux données précédentes, on voit à quel préjugé déraisonnable les malades obéissent lorsqu'ils nous demandent de faire suppurer leur *poulain*, lorsqu'ils supplient, avant tout, qu'on ne le leur fasse pas *rentrer!*...

Quant au pronostic, remarquons que ces trois espèces d'engorgement, si différentes de cause et de terminaison, commencent toutes de même, c'est-à-dire par de l'inflammation. Par conséquent, durant les premiers jours, au malade qui vous interroge anxieusement sur la gravité de son engorgement, qui vous presse de dire si c'est un *vrai bubon*, s'il suppurera, etc., on ne peut et on ne doit répondre que : « Attendez! » La présence même d'une chancrelle génitale ne fixe pas le diagnostic, car cette chancrelle peut bien n'être pas la cause d'un bubon chancrelleux, mais seulement l'occasion d'un bubon sympathique.

Même réserve pour ce qui regarde la thérapeutique. Des trois variétés de bubon, deux sont susceptibles de résolution. Commencez donc par la médication résolutive : repos, cataplasmes de farine de lin ; en même temps révulsifs cutanés sur l'engorgement même ; frictionner la région avec la teinture d'iode ; y promener pendant quarante secondes la pierre infernale, ou mieux encore y mettre un vésicatoire volant. En règle générale, pas de sangsues. Elles ne seraient indiquées, n'est-il pas vrai, que dans le cas de phlegmasie très-intense? Or, cet état dénote précisément que le bubon est chancrelleux, c'est-à-dire de telle nature que les sangsues ne peuvent l'enrayer, puisqu'il suppure fatalement, et que leurs piqûres étant exposées à s'inoculer après l'ouverture du foyer, devien-

draient, par conséquent, autant de chancrelles : les sangsues nuiraient donc et ne servent à rien.

S'il coexiste une chancrelle génitale, et si, au bout de cinq ou six jours, malgré ces remèdes, l'inflammation du ganglion progresse rapidement de manière à indiquer qu'il s'y opère un processus chancrelleux, alors la résolution ne pouvant plus être espérée, exemptez le malade de prohibitions et de médications devenues sans but. Cessez de le condamner au lit, de le tourmenter par des vésicatoires. Ne vous proposez, pour le moment, que de calmer la douleur. On n'y parvient point complétement, car cela n'est pas possible, — et il faut le dire au client, — mais on soulage cependant par des bains, des applications de chloroforme, ou d'une solution aqueuse très-concentrée d'extrait de belladone, ou des injections narcotiques hypodermiques, ou la glace, ou des cataplasmes de feuilles de jusquiame et de belladone plongées deux minutes dans l'eau bouillante, puis mises à nu sur la peau. On dirige également ces applications contre les irradiations nerveuses qui, parfois, ont lieu à la hanche, au pli génito-crural, au membre inférieur. Quant à la chancrelle, on sait que l'empêcher de saigner est, après sa destruction abortive, la meilleure prophylaxie du bubon ; mais, celui-ci une fois formé, c'est une illusion de croire, comme on le faisait jadis, qu'on l'arrêtera dans sa marche par l'espèce de dérivation due à des pansements excitants appliqués sur l'ulcère.

Toute chancrelle ganglionnaire constitue un foyer qu'il importe d'ouvrir, et d'ouvrir d'aussi bonne heure que possible ; car, abandonné à lui-même, ce foyer, tant qu'il n'aura pas son libre écoulement au dehors, ne peut que s'étendre en tous sens, et, par conséquent, demandera ensuite beaucoup plus de temps pour se cicatriser. La ponction hâtive, précoce, est donc ici tout à fait indiquée.—N'exagérons rien, cependant. Ponctionner dès qu'on perçoit la présence de quelques gouttes de pus paraît, *à priori*, une excellente pratique. Mais, si l'on

agit ainsi, si l'on n'a pas attendu que la tumeur, en devenant plus proéminente en un point, montre l'endroit où le pus tend à se vider, on s'expose à inciser dans un autre lieu que celui que la nature indiquait; et, comme en fait d'abcès, elle ne perd jamais ses droits, il arrivera souvent que, après et malgré votre ponction, une autre ouverture s'établira spontanément à côté.

Donc, hâtez-vous, mais dans la mesure que je viens d'exprimer. Le malade étant assis[1], la cuisse fortement tendue, percevez la fluctuation naissante; et le bistouri étant saisi par sa lame, comme une plume à écrire, entre le pouce et l'index, à un centimètre de sa pointe, enfoncez-le, à la Blandin, dans le foyer, puis retirez-le par un brusque mouvement de demi-supination qui agrandit l'ouverture; ces deux mouvements, *enlevés* en une seconde, doivent se suivre d'assez près pour que le patient n'ait senti qu'un seul coup.

On a conseillé de détruire immédiatement la chancrelle ganglionnaire en introduisant dans le foyer, aussitôt qu'il a été ouvert, un morceau de pâte de Canquoin. J'ai employé ce procédé, mais je n'y reviendrai pas, à moins qu'il ne se perfectionne (ce qui, d'ailleurs, est fort possible). En agissant ainsi, on détruit dans une grande étendue la peau, qui aurait pu être conservée; et de plus, on s'expose à léser l'artère crurale. En outre, il est alors indispensable de détruire en même temps la chancrelle génitale (laquelle, à ce moment, se trouve quelquefois être très-large); sans quoi le pus qu'elle continue à fournir pourrait réinoculer le foyer ganglionnaire qui, ayant été agrandi par la cautérisation, prendrait alors des proportions très-considérables. A plus forte raison réprouvai-je un autre traitement, qui consiste à cautériser la tumeur tout entière par des applications de pâte de Vienne, faites successivement de la peau aux parties profondes. Ce sont là des *pro-*

[1] Quand je crains la résistance instinctive ou l'incoercibilité de l'opéré, je lui fais préalablement mettre ses deux mains sous les fesses.

cédés d'hôpital, dont le résultat crée au malade une difformité et au médecin une responsabilité également pénibles à supporter et à porter.

Quant à moi, l'expérience m'a appris que la meilleure thérapeutique de la *chancrelle ganglionnaire* consiste à la traiter comme les autres. Aussitôt le foyer ouvert, j'y fais pratiquer, deux ou trois fois par jour, une injection avec la solution de nitrate d'argent au 30me. Cette médication suffit toujours : n'en cherchez point d'autres.

Mais, pendant les premiers jours, le bec de la seringue portant, frottant sur une plaie vive, l'injection est extrêmement douloureuse. Le malade atténuera cette souffrance, en choisissant une seringue à bec court; en ne la remplissant qu'à moitié (le jeu du piston étant ainsi plus facile, on n'est plus exposé à imprimer à la seringue des mouvements involontaires par lesquels son bec va heurter le fond du foyer) ; en maintenant solidement fixé entre deux doigts de la main gauche le corps de la seringue, pendant que de la main droite il pousse le piston ; enfin en huilant le bec de la seringue après l'avoir chargée, avant de l'introduire.

Obtenez du malade qu'il injecte son foyer dès le jour même où celui-ci a été ouvert, puis qu'il persévère sans interruption dans ce traitement; et, dès le troisième jour — vous pouvez le lui promettre — l'injection sera beaucoup moins douloureuse. Bientôt elle ne le sera plus qu'à peine ; et au prix d'un peu de courage les premiers jours, non-seulement l'étendue et la durée de son bubon seront considérablement réduites, mais encore il n'en ressentira pas ou presque pas de souffrance dans l'intervalle entre les injections.

Après l'injection, on applique un gâteau de charpie sèche, tenu par un caleçon de bain, en coton, *neuf* et *un peu juste*. Entre la charpie et le caleçon, interposez comme remplissage une serviette pliée en 8 ou 16 doubles : rien ne vaut ce simple mode de contention, pour empêcher les frottements

(sans cela si douloureux durant la marche) des pièces de pansement ou de la chemise contre la plaie.

Mais le foyer n'est pas toujours unique, direct, ni par conséquent aisément accessible dans toute son étendue aux injections. La suppuration, puis la chancrellisation, disais-je plus haut, a atteint le tissu conjonctif sous-cutané ainsi que le tissu conjonctif interganglionnaire. De là, après l'ouverture du foyer, deux sortes de sinus, dans lesquels il importe que le liquide caustique pénètre.

Les sinus sous-cutanés sont assez faciles à diagnostiquer : leur situation a même quelque chose de réglé, en quelque sorte. Ordinairement, l'un d'eux s'étend en bas et en dedans vers le pli génito-crural, et l'autre dans le sens diamétralement opposé. Après les avoir *reconnus* à l'aide du stylet, on les injecte l'un après l'autre, en inclinant successivement dans la direction de chacun d'eux le bec de la seringue.

Mais s'agit-il de sinus péri-ganglionnaires ou sous-ganglionnaires? S'ouvrent-ils dans le foyer principal à une profondeur telle que le stylet ne puisse donner d'indication précise sur leur siége? Alors l'injection directe n'étant pas possible, on tourne la difficulté en faisant coucher le malade de telle sorte que l'ouverture de son bubon soit parfaitement horizontale. Dans cette attitude, on remplit de solution caustique toute la cavité; puis on fait mouvoir et incliner le bassin en divers sens, de telle sorte que le liquide, par l'effet de son poids, enfile toutes les arrière-cavités.

Les sinus sous-cutanés finissent assez fréquemment par se faire jour à l'extérieur : alors le bubon est percé comme en arrosoir, et en général, toutes les ouvertures communiquent entre elles par l'intermédiaire du foyer. Dans ce cas, on utilise ces ouvertures pour faire une injection par chacune d'elles. Mais si le foyer distinct que dessert chaque ouverture a une certaine capacité, il faut que l'injection non-seulement le traverse, mais le distende afin de pouvoir en toucher toute

la surface interne. Dans ce but, après avoir placé le bec de la seringue dans l'une des ouvertures, on ferme toutes les autres en y appliquant un doigt, comme le joueur de flûte le fait sur les trous de son instrument. Si, alors, on pousse le liquide, on voit le foyer se gonfler sous son impulsion, preuve que l'injection a été bien faite et présage certain de son efficacité.

Comme à mesure que les injections deviennent moins douloureuses, le malade acquiert, par l'habitude, plus de dextérité à les pratiquer, le foyer diminue assez rapidement d'étendue. Cependant, vu ses dimensions ordinaires, et vu la difficulté de l'atteindre d'emblée dans tous ses embranchements, vu aussi les mouvements, inévitables dans cette région, qui ont lieu entre les parties que le travail de cicatrisation a à souder, il est rare qu'un bubon, même traité dès le commencement et bien traité, guérisse en moins d'un mois (à compter du jour où il a été ouvert). Dès que le travail de réparation commence à se dessiner, on en hâte notablement le cours, en portant deux ou trois fois, à quatre jours d'intervalle, jusqu'au fond des foyers, un crayon de nitrate d'argent fondu, taillé en pointe, et qu'on a eu soin d'huiler préalablement.

Si l'on a cessé les injections caustiques avant que la réparation ne soit complète, la surface peut redevenir chancrelleuse; bien entendu, il n'y a alors qu'à les recommencer, et au bout de huit ou dix jours de leur emploi, la surface a de nouveau, et définitivement cette fois, perdu l'aspect de chancrelle.

Mais, par cela seul que tout élément chancrelleux a disparu, la guérison est-elle assurée?... Non, pas toujours. Parmi les trajets, les sinus, il en est qui persistent néanmoins et presque indéfiniment. Cela a lieu, soit parce que la peau, trop amincie, ne peut plus se recoller, soit parce que ces trajets ont une direction telle que le pus y stagne invinciblement.

On neutralise le premier de ces deux obstacles, en pratiquant une ou deux contre-ouvertures aux limites du décolle-

ment; ou, si ce moyen ne suffit pas, en incisant la peau décollée, excisant ensuite la partie la plus amincie de ses bords, puis pansant *à plat*, avec de la charpie enduite de digestif, la petite plaie longitudinale devenue, dès lors, accessible.

Quant aux trajets où le pus séjourne, assurément on doit commencer par exprimer ce liquide toutes les deux ou trois heures, et avoir soin d'enlever la croûte qui, grâce à la présence des poils, se forme si aisément sur ces petites ouvertures et les ferme. On doit aussi conseiller au malade de garder une position propice à l'écoulement du pus. Mais il est rare que ces précautions suffisent, et l'on est ordinairement forcé d'en venir à la cautérisation, laquelle, vu l'étroitesse et parfois la longueur du foyer, ne laisse pas que d'offrir quelques difficultés.

Pour un sinus de petites dimensions, j'emploie l'aiguille de bas, chauffée à la flamme d'une bougie. Je l'enfonce vivement, la retire de même, et l'opération est terminée presque sans que le malade, qui la redoutait à l'excès, s'en soit aperçu. La douleur ne dure, réellement, pas une seconde de plus que l'action.

Le trajet est-il plus large, plus étendu? Alors, j'enroule, autour d'une mince tige de bois[1], une lame mince de pâte de Canquoin, et je l'y fixe solidement à l'aide d'un fil roulé en spirale. Je trempe le tout dans de l'huile, je le porte jusqu'au fond du sinus. Au bout d'une heure, je le retire en tournant.

Par l'un ou l'autre de ces moyens, la surface interne du trajet, convenablement avivée, ne tarde pas à se cicatriser. Ces procédés m'ont donné de meilleurs résultats que les injections caustiques, usuellement conseillées; et cela se comprend. Pour obtenir de ces injections ce qu'elles peuvent donner, il faut savoir en varier le degré de concentration, et augmenter

[1] Une allumette refendue en quatre.

peu à peu ce degré, selon l'effet produit; il faut aussi savoir apprécier le moment où leur action substitutive est devenue suffisante, et les suspendre alors, sauf, en cas d'insuccès, à les recommencer ensuite suivant d'autres règles. Or, cette direction ne saurait être abandonnée à un client inexpérimenté; et, pour agir convenablement, il serait nécessaire de le revoir pendant une quinzaine, au moins tous les deux ou trois jours, régularité à laquelle, pour divers motifs, ils ne s'astreignent guère. Aussi, n'ai-je recours à ces injections que lorsque la pusillanimité des malades m'interdit les moyens à la fois plus expéditifs et plus sûrs que je viens de décrire.

Soit par les injections, soit par la cautérisation directe, aidée de l'immobilité, on réussit toujours à obtenir le recollement des foyers. Il est donc inutile d'exciser, ainsi que quelques auteurs le conseillent, les *ponts* cutanés qui existent entre leurs ouvertures. Les petites saillies difformes, constituées par deux feuillets adossés de peau hypertrophiée, indiquent seules l'ablation, et encore ne doit-on s'y décider que longtemps après l'extinction de tout travail phlegmasique, quand on a, par conséquent, perdu l'espoir de voir ces tubercules s'affaisser et disparaître spontanément.

Le *bubon d'emblée non chancrelleux* est caractérisé par la nature de sa cause et par les particularités de son évolution, que j'ai signalées. Mais en dehors de ces différences, il n'a rien qui le distingue des adénites simples. Son traitement est donc le leur : révulsifs et astringents au début, avec cette seule remarque qu'il faut alors donner du vin de quinquina et un léger purgatif, afin de dissiper ou, tout au moins, de diminuer la réaction fébrile et gastrique peu intense, mais réelle, qui s'observe dès le commencement de cette sorte d'adénite.

Si, plus tard, il se forme de la suppuration, on peut encore espérer d'obtenir la résorption de son produit en faisant sur

la tumeur plusieurs applications successives de vésicatoires volants, secondés par l'emploi de purgatifs salins réitérés.

Trois motifs, dans ces cas, commandent de différer l'ouverture du foyer. D'abord, on en a vu s'affaisser et disparaître dans les circonstances en apparence les moins favorables, au moment même où l'on désespérait de leur résorption. Secondement, ce pus-là n'étant pas contagieux, il n'y a aucune crainte de le voir, en séjournant, creuser et agrandir le foyer. Enfin, on a remarqué que la présence du pus autour du ganglion engorgé favorise la fonte de celui-ci. En somme, il n'y a aucun inconvénient et il y a quelque avantage à n'ouvrir le foyer que lorsqu'il a assez aminci la peau.

Faut-il, alors, l'ouvrir avec le bistouri ou par les caustiques? Le premier convient mieux, s'il y a de l'inflammation. Préférez, au contraire, les caustiques si le mal a suivi la marche et offre les caractères des abcès froids.

Dans ce cas, on couvre la tumeur d'un morceau de diachylon, troué d'une ouverture de 2 millimètres de large sur 15 de long, en l'appliquant de manière à ce que cette fente réponde à l'endroit par où l'on veut évacuer le foyer. On place par dessus une couche de pâte de Vienne, et comme cette pâte ne brûle que là où le diachylon est troué, elle se trouve n'avoir agi, lorsqu'on l'enlève au bout d'une demi-heure, en quelque sorte, que linéairement. Il ne reste, pour faire sortir le pus, qu'à inciser l'eschare.

Appendice. Bubon strumeux. — L'élément scrofuleux qui existe chez quelques sujets imprime à leurs adénites son caractère propre. Ceci sort, il est vrai, du cadre des maladies vénériennes; mais comme de tout temps l'on a apporté, qu'on apportera toujours toutes les espèces d'engorgements inguinaux chez les spécialistes — et que ceux-ci ne s'en plaignent pas — il faut bien qu'ils apprennent à les soigner.

L'engorgement strumeux est volumineux, peu sensible au toucher; il progresse lentement, décroît plus lentement encore,

s'étend aux ganglions profonds, le tout sans provoquer de réaction fébrile marquée. S'il suppure, le foyer est très-circonscrit, et ne résulte guère que de la fonte du tissu conjonctif qui sépare le ganglion de la peau. C'est donc en vain que l'on compterait sur la fonte purulente du ganglion lui même.

Contre cet état, il faut user des amers, des anti-scrofuleux, du soleil, du régime réconfortant. Localement, après avoir employé les émollients tant qu'il y a de l'inflammation, on tire un bon parti d'une application de glace, continuée vingt-quatre heures, puis des douches froides quotidiennes auxquelles on fait succéder la compression[1]. Dès le premier jour, une diminution notable s'accuse : soyez avertis et avertissez qu'il faut, pour que cette diminution persiste, continuer la compression au moins huit jours. On la suspend durant la nuit; on la suspendrait aussi, on la cesserait même, si, appliquée trop tôt, elle avait réveillé l'inflammation.

Je n'ai foi ni aux frictions, ni aux emplâtres ; mais je conseille souvent les cautérisations ponctuées, faites en huit ou dix endroits de la tumeur, qu'on touche avec la pointe d'une aiguille de bas chauffée à la flamme d'une bougie : on réitère ceci tous les quatre jours environ. Il ne faut qu'effleurer la peau.

Il est une forme particulièrement *tedious* (comme disent nos voisins) du bubon strumeux ; c'est celle où, après suppuration, le ganglion reste sans rien perdre de son volume, apparaissant comme une masse d'aspect fongueux, qui se présente derrière les bords de l'ouverture de la peau, les distendant

[1] Elle se fait avec une plaquette mince, en bois de chêne, ovale, qu'on fixe au moyen d'un ruban de fil, lequel, *cloué* en haut et en dehors de la plaque, contourne successivement la hanche du côté malade, les reins, la hanche saine, l'hypogastre, se replie en glissant dans une agrafe sans ardillon, adaptée en bas et en dedans de la plaque, contourne de nouveau les faces interne, puis postérieure, puis externe de la cuisse malade, pour venir s'attacher enfin à une agrafe avec ardillon, adaptée en haut et en dehors de la plaque. Il faut interposer un coussinet entre la plaque et la peau.

comme un polype intra-utérin distend les lèvres du museau de tanche.

Comment attaquer cette masse?... Dure mais friable, elle n'offre pas de prise aux érignes, aux pinces qui cherchent à la soulever. D'ailleurs, pour pouvoir la disséquer selon les règles, il faudrait agrandir, et de beaucoup, la plaie extérieure; d'où augmentation de la difformité consécutive. La cautériser couches par couches est bien long, et expose aussi, malgré toutes les précautions, à détruire une partie de la peau... J'ai fait construire; pour ces cas. une petite cuiller à bords tranchants, en acier[1]. Placé à gauche du malade, j'insinue, par la plaie, la cuiller entre la peau et le ganglion à extirper, et j'en contourne d'abord la moitié inférieure par un mouvement de pronation. Après avoir ainsi détaché la moitié inférieure du ganglion, je retire la cuiller, je la reporte, en haut (toujours entre le ganglion et la peau); et, par un mouvement de supination (du même genre que celui qui sert à recueillir, dans une assiette, le reste du potage), j'achève la séparation de la masse que j'amène toute chargée au-dehors. — Ce tissu n'étant pas rétractile, la partie de ganglion laissée en place donne parfois lieu à un saignement que j'ai toujours arrêté en tenant avec le doigt, pendant cinq minutes, une boulette de charpie imbibée de perchlorure de fer. — Dès le surlendemain de l'opération, souvent des masses ganglionnaires profondes viennent, à leur tour, faire saillie, nécessitant une nouvelle extirpation, qui se fait alors sans plus de difficulté que la première.

Leucite.

La leucite ou lymphite chancrelleuse résulte du contact du pus chancrelleux sur la surface interne d'un vaisseau lympha-

[1] Elle a, avec le manche, 12 centimètres de longueur; la cuiller, proprement dite, a 2 centimètres et demi de longuenr sur 2 centimètres de largeur dans son plus grand diamètre.

tique, quand ce pus s'y est introduit par le mécanisme qui donne lieu à la formation du bubon, c'est-à-dire par la déchirure d'un point de la surface d'une chancrelle.

Mais de même que toutes les chancrelles ne s'accompagnent pas de bubon, de même aussi le pus chancrelleux qui est transporté au ganglion pour le bubonifier ne donne pas toujours naissance — il s'en faut, et de beaucoup — à une chancrelle du vaisseau lymphatique qu'il traverse. En d'autres termes, la leucite chancrelleuse est infiniment plus rare que le bubon chancrelleux ; c'est un accident tout-à-fait exceptionnel.

Et l'on s'explique aisément qu'il en soit ainsi. Les substances qui parcourent un vaisseau lymphatique y passent, mais ne s'y arrêtent point ; elles touchent sa surface interne, mais n'y subissent aucune de ces élaborations organiques intimes qui constituent la nutrition ou les sécrétions. Aussi, pour comprendre que l'imbibition du pus s'y soit faite, faut-il supposer quelque circonstance fortuite qui a déterminé un contact plus direct ou plus prolongé. Et justement l'étude clinique de la leucite nous apprend que les abcès chancrelleux, qui en sont la conséquence, apparaissent surtout *au niveau des valvules ;* c'est-à-dire des obstacles qui, en suspendant le cours de la lymphe, ont facilité plus spécialement dans ce point du vaisseau la pénétration des principes contagieux que ce liquide renferme.

Des cordons noueux se dessinant sur les côtés, et notamment sur le dos de la verge, cordons suppurant promptement, s'abcédant de bonne heure, puis devenant des chancrelles dans toute leur longueur, telles sont, cliniquement, les leucites chancrelleuses. — Ouvrir largement ces petits foyers, dès qu'il y a fluctuation, et les panser avec de la charpie enfoncée aussi profondément qu'il est nécessaire, après qu'on l'a imbibée d'une solution de nitrate d'argent, tel est leur traitement.

PHIMOSIS CONGÉNITAL.

Quand l'orifice du prépuce a naturellement une étroitesse telle qu'il est impossible de découvrir le gland, il y a *phimosis*. En général, on observe en même temps une brièveté anormale du frein. En pareil cas, la peau du fourreau vient parfois dépasser l'orifice préputial, et, pendant au devant de lui, elle fait dévier les dernières gouttes d'urine. Lors du coït, le sperme sort en bavant au lieu d'être lancé dans l'utérus ; d'où obstacle possible à la fécondation. — Si, au contraire, le prépuce est trop court, les bords de l'orifice se tendent durant l'érection ; et s'il y a du côté des organes génitaux de la femme un certain degré d'étroitesse, des déchirures en sont l'effet presque inévitable. Enfin, si, dans ces conditions, le gland franchit l'orifice préputial, il s'étrangle : le phimosis est donc une cause de paraphimosis.

L'étroitesse congénitale du prépuce peut même, dans quelques cas, rendre absolument impossible le coït complet. C'est qu'alors les frottements, au lieu d'être communiqués à la muqueuse du gland, point de départ de la cause réflexe de l'éjaculation, ne s'exercent que sur la peau de la verge, qui ne jouit que d'une espèce de sensibilité impropre à susciter l'acte fécondant.

Mais ce qui rend surtout pénible aux malades cette fâcheuse disposition, c'est l'extrême difficulté des soins de propreté. La matière sébacée s'accumule derrière la rainure du gland, et l'urine vient la souiller et en hâter la décomposition. De là une irritation permanente, un prurit incessant ; de là aussi de petites érosions plus ou moins superficielles, bouches toujours ouvertes pour l'absorption des principes contagieux.

Si les bords du méat urinaire ne sont pas parfaitement parallèles à ceux du prépuce, l'urine, qui traverse à chaque instant la cavité préputiale, peut y déposer des concrétions

calculeuses qu'on a vu quelquefois acquérir un volume énorme.

Comme, d'ailleurs, il est constant que, en pratiquant la circoncision, on a guéri des spermatorrhées, des incontinences nocturnes d'urine jusque-là rebelles, il faut bien admettre que le phimosis joue un certain rôle dans l'étiologie de ces lésions. Rappellerai-je aussi que le cancer de la verge (l'épithelioma surtout) est plus fréquent chez les phimosiques? Enfin ajoutons que, comme toutes les lésions et anomalies des organes génitaux, le phimosis conduit souvent à l'hypocondrie.

Pour remédier à ces accidents ou pour les prévenir, on a proposé plusieurs méthodes qui sont: Le débridement, l'excision, la circoncision et la dilatation.

Le débridement consiste à inciser le prépuce de façon à mettre à nu le gland. Il peut se pratiquer soit vers la région dorsale, soit près du frein. On a fait aussi le débridement multiple. Deux incisions latérales donnent d'excellents résultats au point de vue de la conservation des formes. L'incision a quelquefois été exécutée par ligature ou par cautérisation. Rien ne justifie l'emploi de ces moyens longs et douloureux.

L'excision consiste à retrancher une partie du limbe préputial sans en enlever toute la circonférence. En général, on excise sur la région dorsale un lambeau triangulaire dont la pointe correspond à la rainure du gland. Le moyen le plus expéditif est d'inciser d'abord, à la partie supérieure; ce qui donne deux lambeaux latéraux qu'on enlève ensuite avec de forts ciseaux, obliquement et de manière à former un ovale dont la base répond au frein. On finit en réunissant la muqueuse et la peau par suture. Quand on pratique l'excision, le frein est donc toujours respecté.

Il n'en est pas de même dans la *Circoncision*, opération qui consiste à exciser le prépuce tout entier ou au moins la por-

tion rétrécie, mais dans toute sa circonférence, de telle façon que la portion enlevée a la forme d'un anneau. C'est sans contredit à cette méthode que l'on doit les résultats les plus satisfaisants : aussi nombre de procédés s'y rattachent, et nombre d'instruments.

Le but que l'on se propose est, d'ailleurs, toujours le même : c'est de sectionner au même niveau la muqueuse préputiale et la peau qu'elle double.

De tous les procédés, celui qui permet d'arriver le plus sûrement à ce résultat est sans contredit celui de Ricord, dont voici le Manuel opératoire : 1° La verge étant saisie entre le pouce et l'index, sans exercer la moindre traction sur la peau de son fourreau, soit en avant, soit en arrière, on trace avec une plume et de l'encre une ligne qui suit la direction oblique de la base du gland, à 4 ou 5 millimètres en avant de cette base et dans toute sa circonférence : cette ligne limite toute l'étendue du prépuce qui doit être excisée. C'est ce que l'auteur appelle « le tracé du chemin de fer » ; 2° On prend une longue aiguille dont l'extrémité, munie d'une petite boule de cire, est introduite entre le gland et le prépuce ; 3° Un mouvement brusque fait traverser par l'aiguille la muqueuse et la peau au niveau de la ligne tracée à l'encre. La fixité des rapports de la peau et de la muqueuse est par là assurée ; 4° On tire le prépuce en avant et on le saisit entre les mors *fenêtrés* d'une longue pince à pansement, placée immédiatement au devant du gland, en arrière et dans la direction de la ligne tracée à l'encre. Cette pince doit être tenue par un aide verticalement et non transversalement ; 5° A travers les branches fenêtrées de la pince on passe quatre ou cinq fils, à l'aide d'une aiguille à suture : chacun de ces fils traverse donc deux fois la peau et deux fois la muqueuse ; 6° Un bistouri, courant entre la longue aiguille et la pince, fait d'un seul coup tomber la portion excédante du prépuce ; 7° La pince ayant été enlevée, en divisant les fils à leur partie moyenne,

c'est-à-dire entre les muqueuses adossées, on obtient huit ou dix points de suture qui suffisent, en général, pour assurer une réunion régulière ; 8° Si la muqueuse est restée en excès, il faut la fendre d'un coup de ciseaux sur la ligne médiane, en haut, jusqu'à la rainure, puis exciser les lambeaux. On a, quelquefois, à ce moment, à disséquer des adhérences formées entre le gland et le prépuce. On termine en nouant les fils.

Ne pas oublier qu'en agissant de la sorte on divise des vaisseaux qu'il importe de lier avec soin. Autrement, si, malgré ce qu'on doit faire pour les prévenir, des érections avaient lieu pendant les premières vingt-quatre heures, il pourrait se produire des hémorrhagies secondaires très-sérieuses, lesquelles sont surtout à redouter lorsque la section passe trop près du frein. Ce serait cependant une faute que de ménager absolument cet organe, car alors, l'œdème, qui a toujours lieu après l'opération, fait naître sur ce point une tuméfaction qui ne se résout qu'avec une extrême lenteur, se termine quelquefois par induration et entrave longtemps les fonctions génitales.

Les soins consécutifs sont assez simples. Un linge cératé, perforé au centre pour laisser écouler l'urine, est appliqué immédiatement sur le gland, et si la réunion est bien faite, on peut ne l'enlever qu'au bout de cinq ou six jours. Voilà pourquoi nous préférons la suture simple aux serres fines, qui se détachent avec trop de facilité et rendent le pansement beaucoup plus difficile à maintenir. Songez bien à extraire tous les bouts de fil de suture : un de ces bouts, laissé par mégarde, provoque, dans les tissus qui se sont cicatrisés par dessus lui, un engorgement durable et incommode.

L'opération n'a pas de gravité. Mais c'est une opération de luxe, mieux que cela, de coquetterie. A ce compte, le moindre détail a son importance. C'est surtout à l'hémostase qu'il faut apporter un soin minutieux. Je le répète, les hémorrhagies

secondaires peuvent être graves, et en se produisant sous les sutures, elles peuvent amener des infiltrations sanguines qui compromettent la vitalité des téguments de la verge. On doit aussi faire la réunion aussi exactement que possible ; la moindre négligence sur ce point pouvant doubler le temps nécessaire à la cicatrisation.

Faut-il anesthésier le patient?... Je ne l'y pousse point, son agitation, impossible à réfréner complétement, exposant à des irrégularités dans l'exécution, qui compromettent le résultat. L'anesthésie locale (irrigation d'éther) n'ayant pas cet inconvénient, peut être employée.

La dilatation, méthode imaginée par Nélaton, consiste à dilater le prépuce au moyen d'une pince à trois branches, ressemblant de tout point à celle qu'on a proposée pour faciliter l'introduction de la canule après la trachéotomie. Cette dilatation, qui se fait en une seule séance, est, en réalité, une dilacération ayant les avantages des incisions multiples, mais en ayant aussi l'insuffisance lorsque la coarctation est très-considérable et formée par des tissus très-résistants.

PARAPHIMOSIS.

Un homme se présente, le gland découvert, avec des chancres, des chancrelles ou une balanite. Son gland, tuméfié, est encerclé en arrière par le prépuce enflammé ou œdémateux, formant une sorte de collet; le tout gonflé, rouge et douloureux.

Il y a là étranglement à coup sûr ; mais il n'y a pas toujours paraphimosis, c'est-à-dire constriction exercée par le prépuce, et comme conséquence indication de réduire. N'omettez jamais, en pareil cas, de demander d'abord au client : « Avant d'avoir pris du mal, *portiez-vous couvert ou découvert?* » Rendez votre question bien claire; faites qu'il comprenne, et écoutez surtout sa réponse. Faute de cette explication, on

s'expose à violenter inutilement, pour le faire rentrer, un gland qui doit être laissé dehors, puisque, à l'état normal, il était à découvert, un gland dont le gonflement accidentel, loin d'être l'effet de la tension du cercle préputial, en est la cause.

Au contraire, en état de santé, le client portait-il le gland couvert?... Dans ce cas, soit qu'alors il décalotât aisément, soit qu'il décalotât avec peine ou pas du tout, l'indication est plus ou moins facile à remplir, mais elle est la même, et elle est impérative : il faut réduire.

Ce n'est pas qu'on ait à craindre, comme conséquence de l'étranglement prolongé, une gangrène de quelque importance. Non. Jamais on n'a cité un cas authentique de gangrène du gland, causée par le paraphimosis. Tout se borne, sous ce rapport, à quelques érosions profondes, mais linéaires, portant sur la partie du prépuce qui étrangle aussi bien que sur la partie du gland qui est étranglée. Il n'y a donc pas à redouter de danger sérieux. Mais le gland enflammé, restant ainsi à découvert, souffre horriblement des frottements qui accompagnent la marche ; mais il y a fièvre, insomnie, anxiété extrême ; mais enfin les lésions, ulcéreuses ou phlegmasiques, qui préexistaient, persistent et s'aggravent tant que la circulation est ainsi entravée.

Dans ce cas donc, rejetant comme tout-à-fait illusoires les sangsues, les réfrigérants, la compression, la belladone, etc., je profite d'abord de l'occasion pour bien me rendre compte, pendant qu'elles sont visibles, de la nature et du siége des lésions (ulcères, érosions, inflammations) qui, après la réduction, vont devenir latentes ; puis je me mets à l'œuvre.

Le malade, debout devant moi, — on verra tout à l'heure pourquoi, — je m'assieds et commence par serrer pendant une demi-minute le gland entre l'extrémité de mes cinq doigts, pour le flétrir et diminuer son volume. Ceci obtenu, sans perdre de temps, j'embrasse le corps de la verge, derrière le bourrelet

préputial, dans un losange formé par l'index et le médius, se touchant bout contre bout, de mes deux mains tenues en demi-supination. Puis, tandis que j'attire ainsi vers moi le cercle étranglant, je repousse dans la direction contraire le corps étranglé (le gland) en appuyant sur lui avec mes deux pouces [1]; mais cette manœuvre exige autre chose que de la force.

Vous souvient-il, lecteur, de la façon dont on s'y prend pour boutonner ou déboutonner un vêtement neuf?... Observez-le bien : c'est toujours en pressant sur un des bords de la boutonnière pendant qu'on présente obliquement le bord correspondant du bouton. Eh bien! pour notre cas, c'est absolument la même chose,... à part que c'est tout à fait en sens inverse. Ici, en effet, c'est le bouton, le gland, qui est dépressible. Appuyez donc sur lui pour lui faire franchir la boutonnière qui est rigide. En pressant du bout du pouce sur l'un des points de la circonférence du gland, si vous parvenez à engager ce point sous le contour du cercle préputial, la partie est gagnée, *le bouton est mis;* et ma description du même coup se trouve terminée, car ce qu'il reste à faire se devine, est inspiré par la situation : accompagner du bout du petit doigt le gland jusqu'à ce que vous soyez sûr qu'il est arrivé complétement en arrière du cercle étranglant.

Un excellent conseil a été donné par Bardinet. Il recommande d'agrandir préalablement le cercle constricteur, en introduisant entre le gland et lui un corps inflexible, un cathéter, dont on se servira pour soulever, de dedans en dehors, le collet préputial, et l'éloigner dans ce point du gland. L'idée est juste et pratique, et voici comment j'en ai fait un bon auxiliaire de la manœuvre précédente :

Je prends un objet qui se trouve partout sous la main, un de ces porte-plumes rigides en bois ou en corne de buffle, à

[1] Cédant à la douleur, l'opéré, à ce moment, me seconde malgré lui en se portant instinctivement en arrière, pendant que je le retiens contre moi par la verge.

extrémité pointue, mais mousse. Je le saisis solidement avec les quatre doigts fléchis de la main droite en supination, comme à poing fermé, mais le pouce restant libre et en laissant la pointe de l'instrument déborder de 3 ou 4 centimètres, du côté de l'indicateur. Je forme alors le losange précité, ou plutôt le demi-losange, puisque les doigts de la main droite étant fléchis, ce n'est que le bord radial de son indicateur fléchi qui fournit un point d'appui aux deux premiers doigts, écartés à angle, de la main gauche. J'embrasse donc la verge entre ces doigts ; mais avant d'aller plus loin, j'engage le bout du porte-plume, et aussi profondément que possible, entre le gland et le bourrelet préputial.

Les choses ainsi préparées, on voit que j'ai à ma disposition trois moyens pour réduire : 1° l'attraction en avant du collet qui étrangle ; 2° le soulèvement de l'un des points du contour de ce collet ; 3° la pression méthodique des deux pouces sur le gland. Et l'on voit, surtout, que je puis exécuter ces trois mouvements simultanément; d'où, ainsi que je m'en suis assuré cliniquement, une beaucoup plus grande facilité de réduction.

Tout étant terminé, faites plonger la verge dans un verre d'eau fraîche. Le jour même, envoyez le malade au bain. Il est instantanément et soulagé et guéri. Traitez ensuite par injections ses lésions sous-préputiales, et, surtout, recommandez-lui bien de ne décaloter que lorsque l'inflammation aura cessé.

J'ai *toujours* réussi à réduire sans avoir besoin de recourir au débridement. La réduction, sans doute, est parfois laborieuse ; mais elle ne donne lieu qu'à des éraillures superficielles, et dispense d'incisions qui effrayent le malade et sont quelquefois refusées par lui, qui exposent aux phlébites, aux érysipèles, à une cicatrisation très-lente et même suivie quelquefois de difformité. — Par la réduction forcée, on est sûr de ne faire éclater les tissus étranglants que dans la mesure exac-

tement nécessaire, et l'on rétablit l'organe dans sa conformation primitive. Si le sujet avait un phimosis congénial, il s'en trouvera guéri.

L'anesthésie préalable peut être indiquée par une vive susceptibilité nerveuse du sujet. Je m'en passe, néanmoins, ordinairement ; j'opère, séance tenante, sans même avoir demandé au malade son assentiment. Une fois entre mes mains, je fais agir la persuasion en même temps que les pouces, et il faut bien qu'il me laisse aller jusqu'au bout.

SYPHILIS

Maladie constitutionnelle, qui se transmet soit par génération, — soit par le sang (après conception) de la mère au fœtus et réciproquement, — soit par contact d'une de ses lésions ; qui, dans ce dernier cas, le plus commun, débute, après incubation, par un ulcère au point touché (chancre) ; maladie qui, dans les trois cas, et toujours après incubation, produit 1° comme effet de la déglobulinisation du sang, qui en est la conséquence, des troubles chloro-anémiques et nerveux, passagers, 2° comme effet de l'intoxication spéciale qui la constitue, une série de lésions déterminées sur la peau et les muqueuses, lésions qui se répètent, à intervalles variables, pendant douze ou quinze mois, en décroissant graduellement d'intensité jusqu'à guérison ; — maladie qui cependant, et tout au contraire, dans certaines conditions relativement rares, attaque les os, les muscles, le tissu conjonctif, le système nerveux, les viscères, et affecte alors, indépendamment de la gravité qui résulte de son siége, une tendance parfois incurable à se perpétuer dans l'organisme.

Reprenons en détail les traits de cet exposé sommaire.

Etiologie. — Selon son origine, la syphilis peut être *ovulaire, sanguine* ou *lymphatique*. Ainsi :

1° C'est l'ovule qui est vicié ; et il peut l'avoir été soit par

la mère qui l'a fourni, soit par le père qui l'a fécondé, si l'un ou l'autre et à plus forte raison si l'un et l'autre étaient, à ce moment, syphilitiques. — *Vérole ovulaire.*

2° Si une fois la conception effectuée, la mère devient syphilitique, elle transmet le mal au fœtus par les communications vasculaires qui unissent les deux êtres. De même le fœtus procréé syphilitique par son père, seul malade, peut[1], par les mêmes communications, infecter sa mère. — *Vérole sanguine.*

3° Enfin la sécrétion d'une lésion syphilitique, ou du sang de syphilitique étant accidentellement mis en rapport (par contact, friction, inoculation) avec les organes de l'absorption tégumentaire, le virus peut pénétrer chez un sujet sain par cette voie, ainsi que le dénote l'engorgement existant constamment, en cas d'infection, du premier ganglion. — *Vérole lymphatique.*

De ces trois modes d'introduction du virus, par l'ovule, par les vaisseaux sanguins, par les vaisseaux lymphatiques, les deux premiers répondent à la syphilis héréditaire ou congéniale, le troisième à la syphilis improprement dite *acquise*, celle qui, le plus ordinairement, se prend par les rapports sexuels, mais qui peut également résulter d'autres circonstances, telles que celles dont la pratique des accouchements, dont la vaccination, dont l'allaitement, dont l'industrie verrière, dont les inoculations expérimentales offrent si souvent l'exemple.

C'est de cette troisième variété, de la syphilis *acquise* que nous allons, pour le moment, nous occuper exclusivement en décrivant maintenant l'évolution de la maladie.

Première incubation. — Le premier effet visible de l'in-

[1] J'emploie toujours ici le mot *peut*, car même dans les conditions en apparence les plus propices à sa réalisation, la transmission du mal, soit par génération, soit par contact, n'est rien moins que constante.

troduction du virus s'observe au point du tégument par où ce virus a pénétré ; c'est le *chancre*. Mais ce chancre n'apparaît que quinze ou vingt jours environ après le moment où la pénétration a eu lieu, quelquefois beaucoup plus tard, trente, quarante et jusqu'à cinquante-quatre jours [1].

Première lésion. — Pour simplifier, appelons-la *chancre*. Mais sachons bien que cette lésion est loin d'offrir un type invariable. Commençant ordinairement sous forme d'une [2] papule brune, si peu incommode, si indolente que les malades ne l'aperçoivent presque jamais au début, elle conserve quelquefois ces caractères jusqu'à la fin, n'offrant, en plus, qu'un peu d'induration sous-épidermique, et une légère desquamation à sa surface ; puis, au bout de vingt à vingt-cinq jours, elle pâlit, s'efface et tout est terminé, sauf une certaine consistance de la base, qui n'est perceptible que pour un doigt expérimenté et ne se dissipe qu'à la longue. — Dans d'autres cas, au contraire, il se forme une ulcération véritable, mais dont les bords ne sont jamais taillés à pic, ulcération d'un centimètre, souvent symétrique, à fond couleur chair de jambon, à sécrétion plutôt séreuse que purulente, mais surtout à fond induré. L'*induration*, signe de la plus haute importance, est nettement et brusquement limitée à son contour ; elle donne aux doigts qui la saisissent entre deux points opposés de sa circonférence la sensation que produirait un demi-pois sec qu'on aurait placé sous l'ulcère ; et, si on ne la traite pas, elle persiste très-longtemps après la gué-

[1] Dans un certain monde, tout coït étant suspect, on a l'habitude de rapporter au dernier, la date de la transmission. C'est une erreur, mais une erreur assez peu facile à rectifier. Aussi, dans les statistiques destinées à éclairer ce point, doit-on ne faire entrer en ligne de compte que les cas où il n'y a eu qu'un seul coït pratiqué *en temps utile*, ou bien les faits d'inoculation accidentelle ou expérimentale, dans lesquels l'époque précise de l'insertion virulente ne peut être douteuse.

[2] Une seule : le chancre est ordinairement unique ; c'est même l'un de ses caractères séméiologiques.

rison du chancre, parfois de manière à être encore reconnaissable au bout de un ou deux ans. — Entre ces deux types extrêmes, il y a — on le comprend et, qui mieux est, on l'observe tous les jours — une foule de cas intermédiaires.

On le voit, les divers attributs du chancre varient, font défaut ou s'accentuent; l'ulcération et l'induration même, ces deux signes longtemps réputés pathognomoniques, peuvent manquer. Mais, en l'absence des caractères objectifs, les caractères extrinsèques existent toujours : je veux parler des caractères qui tiennent à l'évolution. Ainsi, cette lésion sera plus ou moins ulcérée, plus ou moins indurée. Mais toujours elle est venue après une longue incubation ; mais toujours elle est la première en date ; mais toujours elle va rester seule, sans autres lésions concomitantes, pendant trente ou trente-cinq jours pour le moins. Aussi, la baptisant moins d'après sa forme si variable que d'après la place constante qu'elle tient dans le cours de la vérole, nos prédécesseurs avaient-ils accolé à son nom vulgaire de chancre ce synonyme expressif : *accident primitif*, *lésion primitive*.

Le diagnostic du chancre ressort de la comparaison des caractères énoncés ci-dessus avec ceux de la chancrelle. Autrefois, on tenait beaucoup à porter ce diagnostic, à le porter dès le début de l'ulcération, et cela afin de savoir : 1° si l'ulcère devait être cautérisé ; 2° s'il fallait le traiter par le mercure ; 3° enfin, si le malade aurait des accidents secondaires. Mais l'utilité de posséder de bonne heure ces diverses notions n'a plus aujourd'hui la même importance ; car :

1° Si un ulcère, au moment où le médecin le voit pour la première fois, a un aspect tel qu'on hésite entre un chancre et une chancrelle, il n'y aucun inconvénient, et il y a, par conséquent, indication[1] à en tenter l'abortion, en prévenant le malade que cette opération ne peut, en aucun cas, lui faire

[1] Sauf les réserves formulées à l'article *chancrelle*, et basées sur la possibilité de donner par là naissance à l'herpès récidivant.

de mal, mais ne lui fera de bien que s'il s'agit d'une chancrelle.

2° Pour beaucoup de médecins, il n'y aucun motif, et pour la plupart, il n'y a aucune urgence de commencer un traitement mercuriel, dès l'apparition du chancre.

3° Tous les malades s'informent, en effet, des suites possibles d'un ulcère commençant, demandent s'ils auront des accidents secondaires... et il y a, sinon grand profit réel pour eux, du moins avantage pour le médecin à pouvoir les éclairer sur ce point. Or, le diagnostic entre le chancre et la chancrelle étant, en règle générale, facile, il est ordinairement possible au médecin de répondre à la question qu'on lui pose. Mais, notons-le, il est alors bien plus autorisé à effrayer qu'à rassurer; car, si en présence d'un ulcère qui offre les caractères évidents du chancre, il est fondé à présager et à prédire la vérole, tout au contraire, en présence des caractères évidents de la chancrelle, il doit rester dans le doute, ou tout au moins demander du temps avant de se prononcer. Il se peut, en effet, que le germe d'un chancre ayant été déposé, lors du même coït, au point où s'est développée la chancrelle, le chancre apparaisse à son tour, après les quinze ou vingt jours de son incubation réglementaire, et, transformant en chancre l'ulcère où vous n'aviez, d'abord, vu qu'une chancrelle (c'est le chancre mixte), donne au pronostic que vous auriez émis d'après cette notion favorable, alors forcément incomplète, un démenti cruel pour le malade, pour vous on ne peut plus compromettant. Que j'ai vu d'exemples de gens indûment tranquillisés par un médecin trop pressé de porter son jugement, et qui, sur la foi de cette sentence encourageante, laissaient aller les préparatifs d'un mariage et se trouvaient en pleine éclosion vérolique, à la veille de signer le contrat!...

Adénopathie. — Si l'on a pu douter quelques jours de la nature de l'ulcère, voici un signe, et un signe précoce, qui

va dissiper toute obscurité. Quand le chancre est vraiment *infectant*, — et par cette expression, improprement consacrée, j'entends non pas seulement l'ulcère qui résulte du contact d'une lésion syphilitique, mais l'ulcère qui marque la première étape de la pénétration du virus dans un organisme jusque-là vierge de son atteinte[1] — quand le chancre, dis-je, est vraiment infectant, l'on voit survenir, et l'on voit *toujours* survenir un engorgement dans les ganglions correspondants à la région qu'il occupe. Il y a ordinairement plusieurs ganglions engorgés, et quand le chancre est génital, il y en a ordinairement dans les deux aînés, sans que les plus nombreux et les plus gros correspondent nécessairement au côté où est le chancre. Ces ganglions acquièrent alors, en général, deux ou trois, rarement quatre fois leur volume primitif, en conservant leur forme normale. Très-souvent ils sont absolument indolents et ne deviennent un peu sensibles que passagèrement, à la suite de pansements irritants faits sur le chancre, d'un violent exercice de la partie où il siége, ou bien des pressions que le malade alarmé leur fait subir vingt fois par jour pour s'assurer s'ils grossissent. Ils ne s'enflamment que très-exceptionnellement, et je ne me rappelle pas en avoir

[1] Pour une cause ou pour une autre, le plus ordinairement à raison d'une infection syphilitique antérieure, l'organisme est quelquefois devenu soit momentanément soit définitivement inapte à subir l'imprégnation syphilitique. Si un sujet placé dans ces conditions indemnifiantes a des rapports avec un sujet atteint de lésions syphilitiques, il se peut qu'il ne contracte rien au point touché. Mais s'il contracte quelque chose, que sera-ce?... L'expérience l'a appris : une lésion qui a tous les caractères du chancre, l'incubation, l'unicité, la configuration symétrique, l'inclinaison des bords, la couleur et la sécrétion spéciales du fond, l'induration de la base, en un mot tous les attributs du chancre, hors un seul, l'adénopathie. Ce qui confirme la proposition ci-dessus, savoir : que l'adénopathie n'accompagne que les chancres destinés à être suivis, au bout de six semaines, des signes de l'infection constitutionnelle.

Cet ulcère singulier, à la fois infectant quant à son origine et ses caractères, et non infectant en ce qu'il n'est pas suivi d'infection ; ce chancre qui a la physionomie mais à qui manque l'essence propre du chancre ; cet effet local sans intoxication constitutionnelle, — impression non transformée en sensation, disait un métaphysicien, — cet ulcère ne pouvait, en stricte étymologie, recevoir qu'un nom, celui que je lui ai donné, celui de *chancroïde*.

vu suppurer. Isolés, détachés, mobiles sous la peau, mobiles sur les parties profondes, le plus souvent mobiles entre eux, on voit que le tissu conjonctif qui les entoure n'a participé en rien à leur engorgement. Tout se passe dans le système lymphatique, exclusivement dans le système lymphatique. C'est un prolongement de la lésion primitive. De même que le bubon commun était une chancrelle ganglionnaire, de même ici nous sommes en face d'une induration ganglionnaire; et, par le fait, la *dureté* remarquable de ces petites masses glanduleuses agglomérées, de cette *pléiade*[1], pour employer le mot si justement expressif de Ricord, leur dureté, dis-je, est leur caractère le plus tranché et le plus constant.

Ce qui prouve bien que chancre et adénopathie se tiennent par le lien physiologique le plus étroit, c'est que assez souvent ce lien devient visible. Assez souvent, — une fois sur cinq, selon M. Rollet, — il existe un engorgement des vaisseaux lymphatiques qui vont du chancre au ganglion, et quelquefois on peut les suivre par la vue et par le toucher, sous forme de cordons durs, indolents, depuis la base indurée du chancre, leur point de départ, jusqu'au voisinage des ganglions, où la profondeur de leur siége les dérobe à l'exploration. Ces cordons unissent parfois les uns aux autres les divers ganglions de la pléiade. Enfin, un dernier trait commun au chancre et à l'adénopathie ainsi qu'à la leucopathie, c'est la longue durée de ces deux dernières lésions, ainsi que, pour le dire par anticipation, l'action résolutive marquée qu'exerce sur elles le traitement mercuriel.

Telle est l'adénopathie ou *bubon du chancre infectant*, lequel augmente pendant deux ou trois semaines, puis, s'il n'est pas traité, reste stationnaire deux ou trois mois, et dé-

[1] Dans le nombre des ganglions engorgés qui forment la pléiade, il y en a toujours un plus volumineux que les autres, il y a toujours une étoile *de premier ordre*.

croît ensuite très-lentement. D'ailleurs, un ganglion qui a subi cet engorgement demeure accessible aux autres causes qui déterminent dans le système ganglionnaire des engorgements de nature différente. Il peut suppurer si l'élément pathogénique du bubon d'emblée vient à être absorbé par la partie de peau ou de muqueuse que dessert ce ganglion. Il peut devenir chancrelleux, si son chancre est mixte, ou si une chancrelle naît dans son département tégumentaire. Il peut devenir un abcès froid, si le sujet est scrofuleux. De là des coïncidences, fort rares il est vrai, mais dont j'ai vu des exemples; coïncidences contre lesquelles le pronostic doit être en garde et dont les symptômes, d'ailleurs, se devinent aisément *a priori*.

La présence du chancre est un élément pour le diagnostic du bubon, et réciproquement. Et même plus que réciproquement; car c'est le chancre surtout, avec son aspect ambigu des premiers jours, avec ses variétés multiples de degré et de forme, c'est le chancre qui, pour être reconnu, a besoin du supplément de lumières que l'adénopathie vient fournir. Lorsqu'on la constate avec les caractères précités, cela prouve indubitablement, je tiens à le répéter, non-seulement que l'ulcère suspect provient du contact d'une lésion syphilitique, mais que le virus a passé outre, que la syphilis, par conséquent, existe déjà.

Mais, un instant!... Lorsque, pour voir clair à la verge, vous avez porté votre regard à l'aine et y avez trouvé l'adénopathie, soyez prévenu que, au moment où vous allez conclure, le client vous arrêtera net, en vous disant : « Docteur, oh! pour ces glandes-là, n'y faites pas attention, je les avais auparavant. » Passez outre; ce n'est là qu'un effet de cet optimisme général, compensation providentielle à l'effroi non moins irrationnel qui, à tant d'autres égards, est le propre des malheureux syphilitiques.

Accidents successifs. — Le chancre une fois fermé, il y a un temps d'arrêt dans l'évolution morbide, une nouvelle incubation jusqu'à l'éclosion des symptômes dits *secondaires*. Mais assez souvent, néanmoins, en observant de près, on découvre que cette période d'incubation n'est pas absolument exempte de lésions. Ces lésions, cependant, sont et restent locales. Ainsi, au voisinage du chancre guéri, apparaissent des rougeurs circonscrites, avec desquamation ou érosion superficielle. Ainsi, la surface cicatrisée du chancre se rouvre superficiellement en quelques points, peut végéter, et dans les régions humides, prendre la forme de plaques muqueuses (transformation *in situ*). Ces accidents successifs sont contagieux. Il importe de le dire, et même de le dire d'avance, aux clients ; car la longue continence imposée par le chancre leur pesant fort, ils ne sont que trop portés à traiter ces lésions de bagatelles insignifiantes, et s'exposent, s'ils agissent en conséquence, à transmettre le mal.

Deuxième incubation. — Depuis le moment où le malade s'est aperçu de son chancre jusqu'au moment où il s'aperçoit des premiers accidents secondaires, il s'écoule un certain temps. Ce temps, que j'ai calculé d'après un total de cinquante-deux observations soigneusement recueillies, est, en moyenne, de quarante-six jours.

Et cette moyenne, remarquons-le, ne résulte pas du rapprochement de chiffres énormes balancés par quelques chiffres minimes. Ainsi, chez trente et un de ces cinquante-deux malades, soit dans les 3/5 des cas, le premier accident secondaire s'est manifesté du quarantième au cinquante-deuxième jour.

Invasion, prodromes. — Chez beaucoup de malades, plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes, la fin de cette période est marquée par des symptômes de chloro-ané-

mie ; symptômes qui, quelquefois au contraire, ne se déclarent qu'à partir de l'apparition des premiers accidents secondaires. Ces symptômes (dus à une diminution réelle, et constatée par l'analyse, de la proportion des globules du sang) consistent surtout en lassitude des jarrets et céphalée. Mais il s'y joint ordinairement aussi des troubles variables : prostration générale, pâleur de la face, agacement nerveux ou morosité, cardialgie, essouflement. Les femmes, ai-je dit, offrent plus souvent cet état, et chez elles il est plus prononcé. Elles ont de véritables crises de céphalée, qui les condamnent à l'inaction, au repos, et s'accompagnent de *fièvre* (phénomène excessivement rare chez l'homme). J'ai nommé ce temps de l'évolution de la syphilis, *période prodromique.*

Si cet état chloro-anémique persiste, la nutrition s'en ressent, l'amaigrissement se prononce (un de mes clients perdit 6 kilos en quarante jours), les cheveux deviennent secs, ternes, cassants, plus minces ; ils *s'éclaircissent*, ainsi que parfois les sourcils, les cils, la barbe et les poils du pubis[1].

Accidents secondaires. — Première poussée : Six semaines environ après le début du chancre, il apparaît sur divers points du corps des lésions que leur origine, que leur simultanéité, que leur aspect spécial, que l'habitude de les voir survenir sous la même forme à la suite du chancre, que leur impressionnabilité à l'action curative de certains remèdes font

[1] Sur soixante de mes syphilitiques, qui avaient jusque-là été *traités sans mercure*, j'ai compté cinquante-trois fois l'alopécie ; savoir : quarante-quatre fois au cuir chevelu seulement, et neuf fois à toutes les régions pileuses. Il faut distinguer cet *éclaircissement* de la chevelure, dû à une atrophie du bulbe pilaire (résultant elle-même de l'état chloro-anémique) d'avec la dépilation locale, déterminée par une lésion circonscrite de la peau. L'altération du bulbe pilaire, cause de l'espèce d'alopécie dont je parle à présent, est contemporaine de la période prodromique ; mais, vu la lenteur qui préside aux phénomènes de nutrition des poils, l'effet apparent de cette cause, c'est-à-dire le changement d'aspect des cheveux et la chute de quelques-uns, ne devient perceptible qu'au bout de deux ou trois mois, Pour la même raison l'alopécie dure pendant quatre ou cinq mois, persistant longtemps encore après qu'il ne reste plus trace de la chloro-anémie qui lui a donné naissance.

à juste titre considérer comme effet de l'intoxication syphilitique. Ce sont :

a. Huit ou dix plaques apparaissant de chaque côté du bas-ventre, vers l'hypochondre et le flanc, de la largeur de l'ongle, roséoliques le plus souvent, quelquefois papuleuses, plus rarement squameuses ou pustuleuses. Elles ont une coloration rouge sombre, cuivrée, ne causent pas de prurit, s'étendent peu à peu à tout le ventre, puis à la face interne des avant-bras, plus tard au front, au dos, aux plis naso-labial et labio-mentonnier, à la paume des mains, à la plante des pieds, et disparaissent après un temps plus ou moins long selon qu'il s'agit de roséole, de papules, de squames ou de pustules, temps qui varie de quinze jours à deux ou trois mois, et que, d'ailleurs, le traitement peut abréger. — Ce sont les *syphilides*.

b. Cinq ou six petites vésicules ou pustules acnéïformes disséminées dans le tégument du crâne. Comme le malade les ouvre immédiatement en les grattant, on ne les voit ordinairement que sous formes de croûtes qui ont la grosseur d'une graine de chanvre, représentant une masse plus ou moins volumineuse suivant qu'elles proviennent d'une vésicule ou d'une pustule. — Cette éruption, à la période que je décris, s'accompagne constamment d'adénopathie multiple derrière le cou ou à la région mastoïdienne. — C'est *l'éruption croûteuse du cuir chevelu*.

c. A la face interne des amygdales, sur les bords, la pointe et le dos de la langue, en dedans des lèvres, au palais, à l'anus, aux bourses, à la vulve etc., des plaques arrondies, de 2 à 12 ou 15 millimètres de diamètre, isolées, discrètes ou confluentes, qui, selon la région, sont exulcérées, saillantes, végétantes, fissuraires, stratifiées, mais ne constituent jamais qu'une lésion superficielle. — Ce sont les *plaques muqueuses*, dont le siége de prédilection est aux orifices des cavités naturelles, là où le tégument, fin et délicat, subit l'effet irritant

de trois causes, savoir : de l'adossement constant de deux de ses plis — des frottements nécessités par les fonctions de l'orifice — enfin du contact des sécrétions ou excrétions auxquelles il sert de passage. Comme les conditions qui ont favorisé leur éclosion les entretiennent, ces plaques muqueuses ont peu de tendance à guérir spontanément.

Telle est la première poussée. Mais elle n'éclate pas en même temps, de tous côtés et sous toutes formes. Il y a un ordre pour l'apparition des diverses lésions qui la constituent; et il y en a un aussi pour l'apparition de chacune de ces lésions, selon chaque région. Ainsi les syphilides sont les premières en date. L'éruption croûteuse du cuir chevelu est presque sa contemporaine ; mais les plaques muqueuses ne paraissent guère qu'au bout de huit à douze ou quinze jours[1]. Ainsi, d'autre part, quant aux syphilides, on les voit tout d'abord aux hypochondres. — C'est là que l'œil inquiet du malade cherche et lit trop clairement son sort. — Les plaques muqueuses précoces se remarquent à la vulve, aux amygdales ; celles de l'ombilic, de l'anus, ne viennent qu'ensuite. Enfin, c'est comme dernier chaînon de la première poussée qu'on voit survenir l'éruption squameuse palmaire et plantaire, ainsi que les plaques du dos de la langue ; deux lésions auxquelles la structure commune du derme qui leur sert de support donne une similitude de forme, une identité de siége (dans les plis normaux de la région) et un synchronisme d'évolution aisés à comprendre pour l'anatomiste.

Lésions ultérieures. — J'ai pu, jusqu'ici, décrire la syphilis comme une maladie à allures réglées, suivant chez tous les su-

[1] Dans beaucoup de cas, cependant, si l'on ne découvre que plus tard les plaques muqueuses, c'est parce qu'elles représentent l'état un peu avancé d'une lésion des muqueuses; lésion qui, érythémateuse à son origine, a alors passé inaperçue, et cela d'abord en raison de sa coloration rouge qui est analogue à la couleur normale de la muqueuse voisine, puis à cause de son indolence.

jets les mêmes phases qui se succèdent aux mêmes intervalles, constituée par les mêmes lésions, sans autres différences que celles relatives au degré d'intensité. Mais cette régularité cesse dès à présent. Ce n'est pas, toutefois, que les symptômes prennent un aspect différent chez chaque individu. Non, les altérations essentiellement constitutives de la syphilis sont toujours identiques de forme et de nature chez tous les malades ; et pendant toute la durée de l'affection on retrouve des syphilides, des plaques muqueuses, l'albuginite, l'iritis, l'onyxis, des contractures, des périostoses, des nodus, etc., avec leurs caractères tranchés, pathognomoniques. Mais ce qui varie selon les cas, c'est le nombre, la durée, le groupement de ces altérations, l'ordre qui préside à leurs réapparitions successives, l'intervalle, plus ou moins long, qui sépare ces réapparitions, enfin et surtout la décroissance graduelle de la maladie, ou, au contraire, sa tendance à progresser. Ces différences, si négligées autrefois, si essentielles à connaître, — essentielles surtout à prévoir, parce qu'elles dictent le pronostic et le traitement, — je les étudierai avec le soin qu'elles méritent. Mais il faut d'abord décrire, très-sommairement, les lésions que la syphilis peut engendrer. C'est ce que je vais faire en suivant, dans cet exposé, l'ordre selon lequel ces lésions se succèdent ordinairement dans les cas où le mal, à partir de la première poussée, va en s'aggravant graduellement.

J'ai déjà mentionné les syphilis et les plaques muqueuses.

Onyxis[1]. — La lésion peut commencer par l'ongle. Dans ce cas, on le voit devenir friable, cassant, s'ébrécher, s'exfolier; ou bien il se détache partiellement de ses adhérences normales, le décollement commençant par celle de ses extrémités qui tient à la matrice ; ou bien, enfin, le travail de séparation se complétant, et cela sans douleur, et parfois (pour les pieds) à l'insu du malade, l'ongle tombe (onychoptose).

[1] J'emprunte, en grande partie, cet abrégé à l'ouvrage si remarquable, si éminemment clinique de M. A. Fournier, *Leçons sur la syphilis chez la femme.*

La lésion peut aussi — et c'est le plus ordinaire — commencer par les bords de l'ongle. — A un faible degré, ce n'est que la syphilide squameuse, quelquefois cornée, des bords de l'ongle. — A un degré plus avancé, il y a tuméfaction du bord, avec inflammation légère; un intervalle s'établit et persiste entre l'ongle et son bord, et les pressions, les frottements exercés sur le doigt sont douloureux. — Enfin, si le mal s'aggrave, le fer à cheval que représente la partie adhérente de la circonférence de l'ongle, se convertit en une ulcération à pus sanieux, ulcération très-douloureuse, dont l'incessant progrès finit, après avoir atrophié, divisé l'ongle, par le faire tomber. Alors l'ulcère, occupant toute l'extrémité du doigt dont l'inflammation a doublé ou triplé le volume, a des dimensions qui paraissent extraordinaires.

Iritis. — On a compris, à tort, sous ce nom toutes les affections de l'œil que la syphilis peut engendrer. Il est vrai que, quoique assez rare, en somme, l'iritis est la plus fréquente de ces lésions, et aussi la plus précoce.

L'iritis syphilitique se distingue, dit-on, de l'iritis commune par son allure subaiguë, par son indolence [1], et par la production à la surface de l'iris de petites papules brunes. A part ces différences (dont la réalité est encore contestée) l'iritis syphilitique offre la marche, les symptômes et les terminaisons de l'iritis vulgaire.

Il peut, mais très-rarement, coïncider avec l'iritis une kératite qui engendre des opacités, soit diffuses, soit par points.

Coexistent aussi : 1° la choroïdite, constituée par une éruption sur cette membrane de petites taches groupées en fer à cheval, déterminant un aspect nuageux de la pupille, un

[1] Ce caractère n'est, malheureusement, pas constant. Je soigne, en ce moment, une jeune dame chez laquelle les douleurs oculaires, rebelles aux agents spécifiques énergiquement employés par deux spécialistes, ont été portées au point de déterminer un état général spasmodique des plus graves.

trouble du corps vitré, qui, pour le malade, semble couvrir d'une poussière ou d'une gaze fine les objets qu'il regarde ; 2° la rétinite, constituée par des exsudations ou des apoplexies disséminées de la membrane, donnant lieu d'abord à l'affaiblissement de la vision, puis à l'hémiopsie, à la photopsie, au daltonisme.

La coexistence de ces lésions entre elles et la marche rapide des désordres qui s'accomplissent dans le fond de l'œil sont deux motifs pour présumer leur nature syphilitique ; nature qu'on ne saurait, d'ailleurs, affirmer d'après ces seuls caractères, mais qui ressort en général de l'existence d'autres lésions plus manifestement spécifiques (syphilides, plaques muqueuses).

Albuginite ou sarcocèle syphilitique. — Lésion appartenant à la même période que la précédente, mais plus commune ; l'albuginite proprement dite, qui doit être distinguée de la gomme du testicule, est constituée par l'épanchement d'une substance plastique jaune, interposée entre les tubes séminifères, qui les comprime d'abord, et finit par les atrophier et se les approprier en quelque sorte.

Jamais les deux testicules ne sont envahis en même temps. La tumeur est dure, peu bosselée, mais remarquablement *lourde*, ne dépassant guère deux ou trois fois le volume normal de l'organe, sans douleurs autres que celles que cause le tiraillement exercé sur le cordon, lequel reste sain. Cette tumeur, comme toutes celles du testicule, peut déterminer une hydrocèle symptomatique.

La sécrétion du sperme et, par conséquent, la puissance virile diminue. Jamais cette tumeur ne suppure, elle peut subir l'atrophie ou la transformation fibreuse. Quelquefois la membrane albuginée cède et le parenchyme testiculaire fait alors hernie sous forme d'un champignon (fongus).

M. Dron a signalé et parfaitement décrit l'*épididyme syphilitique*, variété moins grave, appartenant à la même période,

ayant la même marche, affectant plus souvent et plus fortement la tête que la queue de l'organe; étant susceptible de résolution complète, elle ne détermine ordinairement pas l'impuissance.

Lésions du système musculaire. — J'ai déjà indiqué la douleur *prodromique*, siégeant aux muscles de la nuque, des jarrets, de l'épaule, augmentant par les mouvements et les gênant par conséquent. — La contracture simple, sans lésion matérielle, est très-rare; elle s'observe surtout au biceps brachial. L'avant-bras reste alors fléchi; ni le sujet ne peut, ni on ne peut essayer de l'étendre sans causer une vive douleur et éprouver une grande résistance.

A part ces lésions, à part l'affaiblissement du système musculaire, à part une forme de tremblement spécial aux membres supérieurs, revenant par accès et passager, il n'y a pas d'autre lésion essentiellement propre au tissu musculaire. Les tumeurs des muscles, décrites par quelques auteurs, tumeurs d'abord dures, se terminant par suppuration ou par cartilaginification et ossification, donnant lieu consécutivement à la rétraction du faisceau qu'elles ont envahi, ou à l'atrophie des fibres, ces tumeurs ne sont que des *gommes* développées dans le tissu conjonctif inter-musculaire, entravant la fonction de ces organes d'une manière corrélative à la spécialité de cette fonction, mais n'ayant que le caractère, la nature, l'évolution, et en syphiligraphie, que la place chronologique et l'importance pronostique des gommes.

Les tendons se prennent aussi parfois. L'épanchement plastique interstitiel gonfle l'organe, et peut aussi donner lieu à une hydropisie active ou passive de sa gaîne. Certaines douleurs vagues, qu'on ne sait à quoi rapporter (au jarret, aux chevilles, à la saignée), ne sont autre chose qu'une ténosynite. La suppuration, l'induration, l'ossification sont des terminaisons rares, mais possibles.

Lésions du système osseux. — Il peut être atteint dans

son enveloppe fibro-vasculaire ou dans sa trame même. De là, d'une part, des périostites, des synovites, des périostoses; de là, d'autre part, des ostéites, des caries, des nécroses, des exostoses.

La périostite, la plus précoce des lésions osseuses, s'observe surtout au crâne, à la crête et à la face interne du tibia, au sternum, au cubitus près de l'olécrane, à la clavicule, à la diaphyse de l'humérus, aux côtes. Elle ne se manifeste guère que par la douleur qu'elle détermine.

La périostose, degré plus avancé de la même lésion, affecte les mêmes régions et y donne lieu, par le dépôt plastique interstitiel qu'elle produit, à une intumescence circonscrite, plus ou moins dure, plus proéminente à son centre qu'à ses bords lesquels, néanmoins, se distinguent nettement des parties saines ambiantes.

Ces deux formes, ainsi que l'exostose, causent des douleurs, que l'on observe aussi quelquefois sans qu'il y ait, ni actuellement, ni plus tard une lésion apparente de l'os. Ces douleurs, connues sous le nom d'*ostéocopes*, ont pour caractère distinctif d'occuper plutôt la diaphyse que les extrémités articulaires, de diminuer par le mouvement, de s'exaspérer par la pression et surtout, régulièrement pendant la nuit, par la chaleur du lit.

Quand elles sont à leur début, et, par conséquent, à peine perceptibles, ces lésions rendent compte de certains accidents qu'on a trop de tendance à regarder comme purement nerveux.

La synovite syphilitique ne se distingue cliniquement de la simple, qu'en ce qu'elle est moins aiguë, et que l'épanchement qu'elle produit est moins considérable. L'influence du traitement spécifique confirme ces données sur la pathogénie de l'affection.

L'ostéite existe habituellement, du moins dans les couches superficielles de l'os, en même temps que la périostose. L'ostéite est le point de départ des caries et nécroses qui, chez les

syphilitiques, affectent et détruisent avec une prédilection marquée, le vomer, les cornets, les os propres du nez, la voûte palatine, le crâne. — Les os plats et minces des fosses nasales ne sont atteints directement par la syphilis que dans des cas exceptionnels. En général, ils ne se mortifient que consécutivement à une rhinite syphilitique ulcéreuse qui, altérant ou détruisant leur membrane d'enveloppe, les a privés de leurs moyens de nutrition, de même qu'on voit les dents se désagréger, puis tomber à la suite d'une maladie des gencives. Ce qui prouve la réalité de cette étiologie, c'est d'abord qu'on voit le plus souvent la rhinite précéder, et de longue date, la chute des os; c'est, en second lieu, que, avant d'être éliminée, cette partie du squelette n'est jamais le siége de douleurs ostéocopes.

Du reste, à part les régions que je viens de rappeler, on n'observe que peu de caries, de nécroses qui puissent légitimement être rapportées d'une manière exclusive à la syphilis.

L'épanchement plastique qui accompagne toute affection osseuse syphilitique peut se terminer par ossification. C'est alors une exostose *périostique surajoutée*, si l'épanchement existait sous le périoste; ce sera une exostose *parenchymateuse*, si l'épanchement, succédant à une véritable ostéite, s'était fait dans la trame de l'os. Les premières se forment plus rapidement, sont plus superficielles, plus saillantes, quelquefois pédiculées. Ces tumeurs sont dures et anciennes; à la longue, elles deviennent éburnées. — A part la douleur et la difformité qui en résultent, ces gonflements de certains segments du squelette ont pour effet de comprimer les organes qui les traversent ou qui leur sont sous-jacents : d'où résultent tantôt de simples inconvénients (compression du plexus brachial par la clavicule hypérostosée; obstruction du canal nasal par la tuméfaction de ses parois), tantôt un véritable danger (compression de la moelle, de l'encéphale par des exostoses des lames vertébrales ou du diploë).

Lésions du système nerveux. — On a vu ci-dessus les lésions, pour la plupart purement fonctionnelles, qui appartiennent à la période prodromique. Plus tard, elles prennent un caractère différent. A la céphalée, aux diverses névralgies de la première phase succèdent les paralysies, et, entre autres la plus commune, l'hémiplégie faciale. Ordinairement incomplète, elle s'établit (ce qui est son signe distinctif) sans perte de connaissance. Viennent ensuite les paralysies oculaires (troisième et sixième paires), celles de la cinquième, etc. Mentionnons aussi les poussées sudorales, les troubles de caloricité, refroidissement perçu par le malade, accusé par le thermomètre (qui descend de 5 ou 6 degrés) avec petitesse du pouls.

A une période plus avancée, on observe des altérations portant soit sur les organes centraux, soit sur le système nerveux périphérique.

A. *Organes centraux.* — Les organes centraux peuvent être atteints dans leur enveloppe fibro-séreuse ou dans leur substance même. La dure-mère rachidienne ou crânienne est le plus souvent le siége de lésions circonscrites ou diffuses, nées sur sa face externe ou interne, ou dans son voisinage (voûte du crâne), et l'atteignant alors secondairement. Céphalée, vertiges, étourdissements, accès épileptiformes, plus rarement hémiplégies, polyurie, glycosurie, albuminurie, vomissements; tels sont les phénomènes qui caractérisent cette affection, essentiellement lente, intermittente et récidivante.

Quant aux troubles cérébraux proprement dits, ils se produisent suivant trois types différents : épileptique, paralytique, mental.

Toujours précédés de céphalée et d'insomnie, deux symptômes communs à la plupart des accidents méritent l'attention : l'épilepsie et la paralysie.

Les attaques épileptiformes se montrent à intervalles très-variables, mais à intervalles diminuant progressivement de

durée. Si l'affection reste sans traitement, l'intégrité fonctionnelle de l'organe lésé ne tarde pas à être compromise, même entre les crises : ainsi, l'on observe l'affaiblissement de l'intelligence, l'aphasie, etc. C'est par l'absence d'*aura*, leur durée plus longue, leur apparition souvent nocturne, que ces attaques se distingueront de l'épilepsie commune.

La forme paralytique donne d'emblée lieu à des troubles fonctionnels graves : paraplégie, akinésie des muscles de l'orbite, aphasie, mais surtout hémiplégie, siégeant indifféremment à gauche ou à droite. L'âge du sujet qui, dans la majorité des cas, ne dépasse pas quarante ans ; la concomitance d'accidents profonds, soit à la peau, soit aux muqueuses, soit aux viscères ; enfin l'existence antérieure d'un chancre syphilitique suivi d'accidents secondaires qui auront présenté un certain degré de gravité, mettront aisément le praticien sur la voie du diagnostic.

Un troisième type clinique est constitué par les faits où les phénomènes psychiques prédominent. Les sujets sont pris, plus ou moins subitement, de manie, manie douce, en général, sans fureur ni désir de tuer, mais progressive. Que la spécificité de cette lésion soit méconnue, et l'on enferme dans des hospices d'aliénés les malades, trop heureux si ces hospices ont, comme à l'Antiquaille, dans leur voisinage, une clinique de syphiligraphie.

Quand la lésion siége sur la moelle épinière, on peut observer tous les phénomènes classiques, soit de la compression médullaire, soit de la désorganisation progressive d'une ou de plusieurs de ses parties constituantes : paraplégie, contracture, spasmes, enfin ataxie locomotrice.

B. *Système nerveux périphérique.* — Citons en première ligne les douleurs qui peuvent être déterminées par une compression ou une altération propre au cordon nerveux ou de ses gaînes, mais plus souvent des tissus périphériques. Comme dans les troubles parallèles de la période secondaire, les né-

vralgies cervicale, trifaciale, sciatique, brachiale, intercostale, sont de beaucoup les plus fréquentes. Les paralysies, qui ne sont produites que par l'exagération de ces lésions, frappent de préférence, à cause de leur passage à travers des trous ou canaux osseux, les nerfs animant les muscles de la face, de l'orbite, facial, moteur oculaire commun, d'où une gêne plus ou moins complète dans les mouvements du globe oculaire, du diaphragme irien, du muscle accommodateur, etc. Diagnostic facile quand un seul nerf est frappé, fort épineux quand plusieurs le sont en même temps, circonstance qui est loin d'être rare.

Gommes et lésions viscérales. — Je réunis, dans un but de simplification, ces deux mots si différents de sens. En effet, quand on examine, au point de vue anatomo-pathologique, les lésions dites *viscérales*, si l'on met à part d'abord celles qui résultent de la compression exercée par une tumeur osseuse, puis l'hépatite et la néphrite interstitielles, on reconnaît que les autres maladies du foie, du poumon, de la rate, du cœur, des reins, sont causées par le développement dans leur parenchyme de *gommes* semblables à celles qui s'observent dans le tissu conjonctif sous-cutané, dans les muscles, au sein, à la langue, aux joues, aux ailes du nez, dans le testicule, au voile du palais, au larynx, partout, en un mot.

Quelle est donc cette lésion qui constitue la cause matérielle de tant de désordres aussi graves par leur nature que variés dans leur siége? Qu'est-ce que la gomme?

Étudiée là où l'on peut suivre son évolution, c'est-à-dire dans le tissu sous-cutané, elle se présente sous la forme d'une petite tumeur du volume de l'amande d'un noyau de cerise, globuleuse, dure (*nodus*), d'abord indolente et tout à fait mobile, mais devenant bientôt adhérente à la peau. Successivement on voit le tégument brunir, se déprimer, s'amincir, enfin se perforer. Pendant que ce travail s'accomplit dans la

peau, la tumeur a grossi, s'est enflammée, mais modérément, est devenue molle ; de sorte que la perforation cutanée, dès qu'elle a eu lieu, donne accès dans un foyer tout formé, déjà profond, anfractueux, à bords décollés, contenant et secrétant une matière grise, visqueuse, *gommeuse*, mélangée aux détritus produits par la destruction des tissus aux dépens desquels l'ulcère s'étend.

Eh bien, c'est ce même processus qui, parcourant son évolution dans les parenchymes, y opère ces désordres épouvantables dont les vomissements, la diarrhée, la dyspepsie, l'albuminurie, l'expectoration purulente, la paralysie, le coma, l'hydropisie sont la conséquence, selon le viscère où les gommes ont élu domicile (foie, rein, poumon, cerveau. cœur), désordres qui, à moins d'un traitement actif, conduisent à l'anémie, au marasme, à la mort. Dans d'autres siéges, à la face, au gosier, à la langue, une gêne des fonctions et une difformité consécutive plus ou moins grave en sont la seule conséquence.

Rétrécissements. — Qu'ils appartiennent au rectum, à la trachée ou à tout autre conduit, quand ils ne proviennent pas de l'inflammation hypertrophique que des plaques muqueuses confluentes engendrent autour d'elles, ils sont causés par la présence d'un syphilome qui, développé dans l'épaisseur de la paroi du conduit (surtout dans la couche musculaire), ne se termine point par suppuration, mais par une sorte de cicatrice analogue à celle de certaines syphilides sèches. De là deux sortes de rétrécissements, l'un d'abord dû à la présence même du syphilome, l'autre qui, plus tard, résulte du froncement opéré par le travail de cicatrisation.

Les symptômes sont ceux des rétrécissements ordinaires avec les antécédents et les concomitants qui seuls peuvent mettre le médecin sur la voie du diagnostic utile à la thérapeutique.

Lésions du tégument. — Jusqu'à présent, il m'a été facile, tout en classant les différentes lésions selon les systèmes organiques qu'elles attaquent, de les énumérer aussi dans l'ordre de leur gravité relative, depuis la périonyxis squameuse, qu'on porte sans s'en apercevoir, jusqu'à la gomme cérébrale qui foudroie. Mais, quant à la syphilis tégumentaire, il n'est plus possible de suivre un tel ordre; car, ni pour la forme, ni pour la nature de ses lésions, elle n'a rien de fixe. Comme l'accompagnement musical se diversifie presque à l'infini pour s'harmoniser avec tous les tons, avec tous les rhythmes, avec toutes les sonorités de la mélodie, de même les syphilides varient non-seulement suivant l'âge et l'intensité de la vérole, mais varient aussi suivant la constitution, la santé du sujet, varient enfin suivant la région où elles siégent. Je vais donc simplement indiquer leurs différentes espèces, me réservant de dire plus tard d'après quelles lois ces espèces, dans telle ou telle circonstance, apparaissent, se succèdent ou coïncident.

A. *Lésions de la peau.* — Les lésions du tégument externe ont été nommées *syphilides*.

On décrit des syphilides précoces et tardives, discrètes et confluentes, générales et circonscrites, sèches et humides, résolutives et ulcéreuses, uni- et polymorphes, etc. Mais les classes, espèces, variétés presque innombrables dues au pinceau subtil de Biett et Cazenave, peuvent se résumer en quatre genres principaux; *familles* d'autant plus *naturelles* (pour employer une expression acceptée en dermatologie comme en botanique) que, en passant de l'une à l'autre, on les voit graduellement être constituées par des lésions de plus en plus profondes, appartenir à une phase de plus en plus avancée du mal, et accuser un degré d'intensité de plus en plus fort de l'imprégnation syphilitique; d'autant plus naturelles encore que chacune de ces quatre familles (pour continuer la figure,) compte deux sortes parfaitement

tranchées de membres; les uns, bien nés, comme on dit, et surtout bien nourris, qui suivent régulièrement leur carrière; les autres, au contraire, à qui ont manqué la nutrition et l'hygiène convenables, qui se pervertissent, mais, dans leur dégénérescence, conservent cependant toujours un air de famille. Voici, résumée dans un tableau sommaire, cette division simplifiée des syphilides :

1° *Érythémateuse*, savoir : *A*. Espèce *bénigne :* Roséole (éruption très-souvent générale, surtout aux flancs et aux membres dans le sens de la flexion, de taches d'un rose vif, arrondies, de 1 à 2 centim., sans desquamation, s'effaçant sous la pression, disparaissant spontanément en quinze, trente ou quarante jours). — *B*. Espèce *grave :* Macules (éruption de mêmes caractères, mais plus circonscrite, siégeant aux poignets, au cou, avec coloration d'un rouge vineux, persistant plus longtemps).

2° *Squameuse*, savoir : *A*. Espèce *bénigne :* Syphilide lenticulaire (même distribution que la roséole, mais les plaques (papules) sont moins larges, à contour plus arrêté, un peu saillantes, brunes *cuivrées*, se desquamant vers la fin de leur évolution, qui est assez lente. Elles occupent souvent les régions palmaires et plantaires). — *B*. Espèce *grave :* Psoriasis syphilitique (plaques de la largeur d'une pièce d'un franc, brunes, entourées d'un liseré blanc et toujours recouvertes d'écailles blanches. Quelquefois le centre de la plaque est sain. L'éruption peut être générale, mais ordinairement disséminée et discrète. Sa durée est longue. Bien qu'il n'y ait pas eu d'ulcère, il reste comme vestige une place gaufrée.)

3° *Vésiculo-pustuleuse*. La lésion initiale étant soit une *vésicule*, soit une *pustule*, cette famille comprend deux branches :

a. *Vésiculeuse*, savoir : *A*. Espèce *bénigne :* Varicelle (éruption très-souvent générale, qu'on ne peut mieux décrire qu'en la comparant pour la forme à celle de la varicelle ordinaire :

seulement il n'y a ni chaleur à la peau, ni réaction générale, et les vésicules sont entourées d'une aréole cuivrée. D'assez longue durée, elle se termine par desquamation). — *B*. Espèce *grave :* Rupia (Éruption tardive, discrète, siégeant au dos et aux membres, surtout aux inférieurs. Une *bulle* se forme, et, lors de sa rupture, laisse voir sous elle une ulcération plus ou moins profonde, qui se recouvre incessamment de croûtes sèches, dures, épaisses, ayant l'aspect de coquilles d'huîtres. Durée très-longue, cicatrisation difficile à obtenir et laissant une trace livide, indélébile).

b. *Pustuleuse*, savoir : *A*. Espèce *bénigne :* Acné ou impetigo (le premier affecte plutôt le cuir chevelu sous forme de petites pustules devenant rapidement croûteuses et guérissant en quinze ou vingt jours ; le second, un peu plus durable, existe aussi quelquefois entre les cheveux, mais on le voit également dans la barbe, vers les ailes du nez sous forme de pustules bien formées, dont le contenu devient une croûte molle, flavescente; le tout disparait sans laisser de cicatrice bien apparente). — *B*. Espèce *grave :* Ecthyma (grosses pustules, uniques ou agglomérées, à aréole livide, siégeant au cuir chevelu et surtout aux membres inférieurs. Le pus se dessèche et constitue une croûte épaisse et dure, laquelle recouvre un ulcère en général limité à la peau, dont la cicatrice garde très-longtemps une teinte brune caractéristique).

4° *Tuberculeuse*, savoir : *A*. Espèce *bénigne* (éruption à la face ou aux membres supérieurs de petits tubercules durs, dont l'ensemble, affectant la forme d'une courbe, laisse le centre intact. Ils prennent peu à peu une coloration brunâtre, bistre, se desquament à leur sommet, se résolvent très-lentement, mais sans suppurer). — *B*. Espèce *grave* (ici, les tubercules, qui siégent surtout au dos, aux épaules, vers le coude, à la face, suppurent et donnent lieu à des ulcères, qui tantôt s'étendent en surface, labourent profondément les parties (syphilide tuberculeuse serpigineuse), tantôt creusant en profondeur,

détruisent les organes, traversent la joue, font tomber une aile du nez (syphilide tuberculeuse perforante).

B. *Lésions des muqueuses.* — De par l'anatomie comme de par la pathologie, il est tellement naturel que la même maladie générale, à la même période, agisse de la même façon sur deux systèmes organiques qui sont plus que semblables, que l'identité entre les syphilides et les lésions des muqueuses est en principe admise par tous les auteurs. Si les lésions de la muqueuse ne sont pas la reproduction exacte des lésions de la peau, cela tient plutôt à la différence de coloration qu'à une différence de texture entre les deux membranes. Comment, par exemple, reconnaître l'érythème sur une surface qui, normalement, est rouge?...

Cependant, certaines régions sont constituées anatomiquement de manière à permettre de constater cette similitude entre les deux classes d'altérations. Ainsi l'érythème muqueux s'observe très-bien sur le gland, à la vulve, coïncidant avec la roséole; les squames du dos de la langue, coïncidant avec la syphilide lenticulaire; des papules visibles du fond du pharynx, coïncidant avec la syphilide papuleuse; de véritables ulcères perforants au pharynx, des ulcérations de la trachée produisant des rétrécissements consécutifs de son calibre, coïncidant avec les ravages serpigineux de la peau des membres.

La concordance entre les lésions du système muqueux et celles du système cutané est donc réelle. Mais ce qui la masque, et parfois l'a fait nier, c'est que les lésions muqueuses sont très-différentes d'aspect selon la région où elles existent. Ceci s'observe aussi, il est vrai, à la peau. Il arrive de voir ensemble, chez le même sujet, une éruption papuleuse sur le tronc, acnéiforme au cuir chevelu, ecthymateuse aux jambes. Mais la différence est tout autrement tranchée, le nombre des variétés qui peuvent coexister est tout autrement considéra-

ble quand il s'agit des muqueuses. Ainsi la même lésion, la *plaque muqueuse*, peut, chez un même sujet, au même moment, c'est-à-dire engendrée par le même degré de l'intoxication, être aphtheuse en dedans des lèvres, à forme de fausse membrane opaline sur les amygdales, d'épithélium simplement macéré aux bords de la langue, saillante et suintante à l'anus, lichénoïde et cuivrée au gland, sèche et moriforme dans le sillon mento-labial, croûteuse à la commissure labiale, etc.

L'influence topographique éclipse donc ici ou du moins domine l'influence exercée soit par la période, soit même par l'intensité de la maladie. Aussi est-il impossible de tracer pour les lésions des muqueuses, — comme je l'ai fait pour les syphilides, — un tableau où elles soient rangées selon leur degré de gravité ; et vaut-il mieux renvoyer à l'époque où je passerai en revue chaque cavité muqueuse, l'étude pathologique complémentaire, en même temps que la thérapeutique de chacune des lésions qui s'y observent.

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS

Avant de chercher quels remèdes on doit employer contre une maladie, il paraît rationnel de s'informer de la manière dont elle se comporte quand elle est abandonnée à elle-même. C'est ce qu'on a fait, — un peu tard, il est vrai, — pour la pneumonie ; et la notion de sa marche et de sa terminaison naturelles a sensiblement modifié sa thérapeutique. C'est ce que, — plus tard encore, — j'ai fait moi-même pour la syphilis.

Le premier résultat de mon étude fut de m'apprendre que, indépendamment de toute influence médicatrice, il existe des cas où la syphilis est faible et des cas où elle est forte ; et cela dans la proportion, — établie par une enquête, faite d'abord

de 1855 à 1863, puis de 1871 à 1874, et portant en tout sur 93 malades, — dans la proportion, dis-je, de 59 syphilis faibles, contre 34 fortes.

Mais cette dichotomie sommaire ne peut suffire au praticien. Il a droit, parce qu'il a intérêt, à ce que l'auteur qui veut lui peindre la nature la représente aussi ressemblante que possible; et pour cela, il faut multiplier les divisions.

Or, en groupant, conformément à mes notes, les cas si diversifiés que nous offre la clinique, je les classe en cinq catégories représentant chacune un degré de plus en plus fort d'intensité du mal, savoir : 1° syphilis ébauchée; 2° syphilis faible (ou secondaire proprement dite); 3° syphilis forte (ou de transition); 4° syphilis galopante; 5° enfin — non comme espèce distincte au débnt, mais comme couronnement de l'édifice dans quelques cas, — la syphilis tertiaire ou syphilis diathèse. Voici, en abrégé, le signalement de chacune de ces catégories :

1° *Syphilis ébauchée* (7 sur 93). — Ce sont des cas où la vérole est *plus que faible;* où, après le chancre, il n'y a eu qu'une seule poussée consistant en roséole, deux ou trois acnés du cuir chevelu, quelques dépolissures de la muqueuse buccale; symptômes qui, précédés ou non de céphalée, ont disparu en deux ou trois mois, bien entendu sans traitement général, et souvent ne laissant pas plus de traces dans la mémoire que sur la peau de ceux qui en ont été atteints. — Ces cas existent; et comme j'en connais entre autres trois dont je revois encore aujourd'hui fort souvent les sujets, restés parfaitement indemnes depuis 19, 20 et 27 ans, il m'est impossible de douter de leur réalité.

Les caractères essentiels des syphilis de cette catégorie sont de n'avoir qu'une poussée; de ne paraître que sous forme érythémateuse; de guérir spontanément.

2° *Syphilis faible* (53 sur 93). — La première éruption est roséolique ou papuleuse, vésiculeuse même quelquefois.

Les plaques muqueuses, à leur tour, envahissent divers orifices, et peuvent s'exulcérer. Des squames paraissent aux régions palmaires et plantaires. — Ces premiers symptômes s'effacent. Puis, après quelques semaines, une nouvelle poussée a lieu, consistant ordinairement en syphilides plus circonscrites et de moindre intensité, parfois cependant, au contraire, en lésions plus sérieuses (de l'onyxis, une éruption papuleuse au coude, de la dysphonie, des fissures au scrotum, etc.). Après la disparition de ces nouveaux accidents, il y a encore parfois une troisième poussée analogue, puis tout cesse, sauf certaines lésions locales dans des régions prédisposées par leurs fonctions (gosier, paume des mains, d'une seule main le plus souvent, cuir chevelu, face externe des petites lèvres), lésions qui ne dénotent point une persistance de l'intoxication qui la rende capable d'éclater en de nouveaux désordres constitutionnels, lésions qui, par le fait, finissent par s'éteindre.

Les caractères essentiels des syphilis de cette catégorie sont : de ne produire de lésions visibles qu'au tégument; de durer, en moyenne (d'après mon calcul portant sur 29 cas complétement observés), dix mois et demi; enfin de pouvoir guérir en ce laps de temps sans l'intervention des remèdes dits spécifiques.

3° *Syphilis forte* (29 sur 93). — La première éruption est à larges papules, ou pustuleuse, ou synameuse, accompagnée assez rapidement de débilitation générale. L'éruption du cuir chevelu est impétigineuse plutôt qu'acnéïque; les plaques muqueuses s'ulcèrent; l'onyxis est corné; les squames palmaires et plantaires laissent sentir au-dessous d'elles de petites indurations à forme de tubercules; partout où la peau est fine ou adossée à elle-même (aux bourses, au pli mento-labial, sous le sein), l'éruption qui, ailleurs, est papuleuse ou squameuse, devient humide, tend à s'exulcérer. — Comme dans la catégorie précédente, il y a des poussées successives,

mais elles sont en plus grand nombre; elles laissent entre elles un moindre intervalle de temps, et surtout elles consistent en lésions de plus en plus graves. Dès la première année, en effet, et parfois avant, la rhinite ulcéreuse, les contractures, l'iritis, l'albuginite, un peu d'anamnésie, quelques douleurs tibiales, stermales, costales (plus persistantes, plus rebelles à l'iode que celles de la période prodromique), des ecthymas au bas des jambes se succèdent, coïncident, récidivent ou se perpétuent. Cet ensemble d'accidents finit ordinairement par guérir; mais plus d'une fois on le voit déjouer les efforts combinés de la médecine et de l'hygiène.

Les caractères essentiels des syphilis de cette catégorie sont : que les lésions qu'elle produit n'affectent pas un seul et même système organique, le tégument; que, d'après mon calcul précité, elles durent en moyenne près de vingt mois (dix-neuf mois et huit dixièmes); enfin que, pour en triompher, il est utile d'adjoindre aux autres médications le traitement spécifique.

4° *Syphilis galopante* (4 sur 93). — C'est comme une syphilis forte, à l'état aigu. Après une incubation plus courte que d'habitude (34 jours en moyenne, au lieu de 45) apparaît, accompagnée de céphalée violente, une éruption générale de larges plaques ou de pustules, qui rapidement s'ulcèrent et se couvrent de croûtes[1]. Insomnie, prostration, inappétence, douleurs ostéocopes précoces. Les poussées successives se précipitent; des rupias, des tubercules, des périostoses se déclarent prématurément, et la syphilis tertiaire ne peut que rarement être évitée.

Les caractères essentiels des syphilis de cette catégorie sont : la brièveté de l'incubation; l'apparition de certaines

[1] J'ai vu mourir, littéralement couvert d'ulcères qui occupaient au moins les deux cinquièmes de sa surface cutanée, un malheureux de cette catégorie, âgé de cinquante ans, affaibli par les veilles et l'alcoolisme, dont les plus fortes doses, bien tolérées cependant au début, de mercure et d'iode, ne purent ni diminuer les souffrances ni conjurer la triste fin.

espèces de lésions sur des régions et à une période où on ne les observe pas ordinairement; la coexistence d'accidents secondaires et d'accidents tertiaires; enfin l'impuissance relative, même à fortes doses, des spécifiques.

5° Syphilis tertiaire. — Appelé *tertiaire* parce qu'il ne s'établit qu'après les deux premières périodes; appelé syphilis *du tissu conjonctif*, par opposition à la syphilis secondaire qui n'a que des manifestations épithéliales; appelé syphilis *confirmée* par les auteurs qui avaient entrevu son incurabilité, cet état me paraît bien plutôt mériter le nom de *syphilis diathèse* ou mieux *devenue diathèse*.

En effet la syphilis, considérée dans ses deux premières périodes, a les caractères d'une maladie virulente et non ceux des diathèses. Pour le démontrer opposons, dans un tableau comparatif, les attributs de la syphilis secondaire à ceux des affections diathésiques (la dartre, le rhumatisme, le cancer étant pris pour types) :

LA SYPHILIS SECONDAIRE	LA DIATHÈSE
1° frappe à coup sûr tous ceux qui se trouvent en rapport suffisant avec l'agent morbigène. — Nul n'échappe à son inoculation bien pratiquée;	1° ne naît que chez les sujets prédisposés. — Il serait impossible de rendre à volonté un individu rhumatisant ou dartreux;
2° est due à l'introduction accidentelle, instantanée d'un principe, inconnu dans sa nature mais ayant pour caractère essentiel de tendre à être éliminé de l'organisme. Règle générale, on guérit de la syphilis;	2° est due au développement spontané et lent d'un état ayant pour caractère essentiel de tendre à affecter de plus en plus profondément l'organisme. On ne guérit pas du cancer. Guérit-on du rhumatisme, de la dartre?
3° donne lieu à des manifestations successives, plus ou moins nombreuses, éclatant à intervalles variables, mais dont les premières ont une marche très-régulière et naissent sans avoir eu besoin d'être ai-	3° donne lieu à des manifestations successives, plus ou moins nombreuses, éclatant à intervalles variables, mais sans aucune régularité et qui n'apparaissent guère que sous l'influence d'une cause accessoire

dées par l'action de causes extrinsèques ;

4° la sécrétion des lésions produites par ces manifestations est contagieuse ;

5° transmet, héréditairement, une affection toute semblable ; la transmet, à coup sûr ; la transmet au fœtus même, et peut aussi la transmettre par le fœtus à sa mère.

(froid, fatigue, excès, changement de saison) ;

4° la sécrétion des lésions produites par ces manifestations n'est pas contagieuse ;

6° ne transmet, héréditairement, qu'une prédisposition, qui aboutira chez quelques enfants, avortera chez d'autres ; ne produit jamais ses effets qu'à très-longue échéance ; ne se transmet pas du fœtus à la mère.

Conclusion : La syphilis est une maladie virulente ; comme telle, elle tend à la guérison. Mais lorsque, par le fait de certaines conditions que j'indiquerai plus tard, l'élimination du virus n'a pu se faire comme d'habitude, l'affection peu à peu se transforme, prend les caractères propres aux diathèses, en d'autres termes, et selon le langage adopté, devient tertiaire. En effet, et conformément à ce que nous montre le tableau ci-dessus, sur un nombre donné de syphilitiques quelques-uns seulement (1 sur 6 environ), dans nos climats, deviennent tertiaires.

De même que pour les diathèses, chez le tertiaire, les lésions vont en augmentant de gravité : le mal tend à se perpétuer, et, par le fait, est souvent incurable.

Les lésions tertiaires apparaissent sans aucune régularité.

Elles ne sont pas contagieuses.

Elles ne se transmettent pas, héréditairement, en nature.

Ajoutons que les lésions tertiaires (gommes, exostoses, caries, altérations viscérales, paralysies) sont, par leurs caractères, soit histologiques, soit apparents, tellement dissemblables des altérations syphilitiques que, s'il n'était éclairé par les antécédents et par l'influence du spécifique, le clinicien aurait beaucoup plus de tendance à en faire deux maladies distinctes qu'à y voir deux périodes d'une même maladie. Et, par le fait, les clients s'y trompent les premiers eux-mêmes :

tandis que les accidents secondaires encombrent les hospices spéciaux, c'est dans les hôpitaux ouverts à toute espèce d'affections qu'on rencontre surtout les tertiaires[1].

La thérapeutique de la syphilis soulève beaucoup de questions générales. Je n'éluderai aucune d'elles; mais au lieu d'en faire l'objet d'une discussion préliminaire abstraite, je préfère ne les aborder qu'à mesure qu'elles se présenteront, portant ainsi chacune son application immédiate. En conséquence, je vais, continuant l'ordre adopté jusqu'ici, dire quelle conduite le médecin a à suivre, quelle prescription il doit faire, selon le cas qui s'offre à son observation, depuis la première jusqu'aux dernières des phases de la maladie.

§ 1er. — *Avant le chancre.*

Inutile d'insister longuement sur des soins qu'on n'est presque jamais à même de donner. La période *pré-chancreuse* comprend cependant quinze ou vingt jours en moyenne, quelquefois trente ou quarante, et plus. Mais, durant ce temps, rien n'indique au médecin si la contagion s'est effectuée, et, par conséquent, il n'a pas à instituer de traitement général. Rien non plus, en la supposant réalisée, ne lui indique le point par où la contagion se serait opérée ; et, par conséquent, il n'a pas à instituer de traitement local.

Supposons, cependant, un concours exceptionnel de circonstances favorables. Le seul coït, capable d'infecter, a eu lieu il y a deux jours, il a eu lieu avec une personne portant, *au*

[1] La syphilis n'est pas la seule maladie virulente qui puisse se convertir en diathèse. Les désordres constitutionnels persistants, très-souvent graves, parfois mortels, qui succèdent, dans certains cas, à la rougeole, à la scarlatine, à la diphtérie, sont là pour prouver la réalité de ces transformations, dont les causes, le mécanisme, l'évolution, les conséquences sont, pour le pathologiste comme pour le clinicien, un sujet curieux, élevé et presque neuf d'études. D'ailleurs, on comprend que, en raison de sa durée, la syphilis se prête mieux que toute autre intoxication virulente à cette métamorphose.

point de contact, des lésions transmissibles ; enfin une trace morbide non douteuse, une rougeur, une croûte chez le sujet contagionnable, indique l'endroit qui, excorié au moment du coït, a dû, si le virus a été absorbé, lui servir de porte d'entrée.

Dans ce cas, faut-il cautériser cet endroit? faut-il administrer du mercure?

M. Rollet est porté à nier que la cautérisation puisse servir. « Raisonnant par analogie, M. Diday, dit-il, a cautérisé des chancres mixtes de bonne heure, à un moment où l'ulcère cautérisé n'était encore que chancrelle, avant l'éclosion en ce lieu du chancre ; et la cautérisation a échoué. » — Mais, remarquons-le, pour qualifier ces ulcères de chancres mixtes, M. Rollet se fonde uniquement sur ceci. savoir que le dernier coït mentionné n'avait précédé que de peu de jours l'apparition de l'ulcère. Or, un autre coït précédent ne pouvait-il pas avoir été l'origine de la contagion syphilitique?... Dans six de mes sept cas, rien n'infirme cette supposition. D'ailleurs dans quatre de ces cas, les accidents secondaires ont éclaté avant quarante-six jours, comptés à partir de l'apparition de l'ulcère ; preuve certaine que, pour ces quatre cas au moins, ce qu'on a cautérisé n'était pas une chancrelle destinée à devenir ultérieurement chancreuse, mais un ulcère qui était déjà un chancre infectant.

Donc la cautérisation, dans mes cas, ayant été faite non pas avant l'éclosion du chancre, mais sur un chancre déjà éclos, l'insuccès de cette opération-là ne prouve point que, pratiquée plus tôt, elle n'enrayerait pas la marche du mal.

Sans doute, on voit d'autres virus produire leur effet sur la constitution lors même qu'on a cautérisé, au bout d'une ou deux heures, et même moins, la piqûre par laquelle ils ont été introduits. Mais l'analogie, qui permet de douter de l'efficacité de la cautérisation, ne saurait autoriser à conclure qu'elle est sans valeur. Et d'ailleurs, n'oublions pas les quel-

ques faits prouvant que le chancre, que la vaccine peuvent, à leur toute première période, être réinoculés au porteur[1]. Réinoculables à ce moment, ne sont-ils pas par cela même abortibles à ce moment, et *a fortiori*, quelques jours plus tôt?

A la seconde question : « Faut-il donner du mercure avant l'apparition du chancre? » je n'ai, pour le moment, aucun élément propre à me fournir une réponse. Mais je garde le souvenir fort précis d'un étudiant qui venait d'être mercurialisé largement, à Montpellier, pour une chancrelle : revenu à Lyon, il y contracta un chancre, et la vérole parcourut chez lui toutes ses phases avec la même régularité et la même intensité que s'il n'avait pas pris de mercure.

§ 2. — *Le chancre existe.*

En 1850 (*Gaz. méd. de Paris*, p. 817) j'écrivais : « Le chancre induré est déjà de la vérole constitutionnelle. » En 1855, M. Clerc prouva expérimentalement ce principe, en montrant que « lorsqu'un malade porte un chancre infectant depuis peu de jours, si on l'inocule à la lancette avec le pus de ce chancre, dans la très-grande majorité des cas, l'inoculation est négative. »

Cela étant, cela ayant été largement vérifié, étant aujourd'hui généralement admis, je ne vois aucun avantage à pratiquer la cautérisation abortive du chancre. Cet ulcère ne peut produire ni bubon douloureux, ni inoculation au voisinage; le phagédénisme y est très-rare. Tout son danger est dans ses suites ; et ce danger-là, il n'est pas au pouvoir de la médecine de le prévenir par une médication locale. Je ne cautériserais donc que s'il s'agissait d'une fille publique, capable, par profession, de transmettre son chancre, malgré mes avertissements. D'ailleurs, tout en m'abstenant de la cautérisation lorsqu'il est évident qu'il s'agit d'un chancre, je suis loin de

[1] *Histoire nat. de la syphilis*, p. 217.

la rejeter lorsque les caractères de l'ulcère qu'on me présente laissent quelques doutes sur sa nature, permettent de présusumer que ce peut être une chancrelle ou un chancre mixte.

Le chancre, en général, est peu douloureux, peu incommode. D'autre part, il ne subit qu'une faible influence du traitement local. Enfin il guérit toujours au bout de quatre ou cinq semaines, et même spontanément. Aussi est-il à peu près indifférent d'y appliquer tels ou tels topiques. Par l'effet d'un préjugé fondé sur des motifs assez spécieux, l'usage a prévalu de préférer pour ce pansement les composés mercuriels (de la charpie imbibée de liqueur de Van-Swieten, ou enduite d'une pommade au calomel, au dixième). On peut faire ainsi afin que les gens ne vous reprochent pas par la suite d'avoir rien négligé : mais le pansement ordinaire de la chancrelle (nitrate d'argent, vin aromatique), a les mêmes effets. Chose singulière ! tandis que les lésions secondaires ne sont influencées par aucun remède local aussi heureusement et aussi rapidement que par les préparations mercurielles, ces mêmes préparations appliquées au chancre —qui est bien cependant, lui aussi, une lésion syphilitique — n'abrègent pas d'un jour sa durée.

La déviation phagédénique, rare dans le chancre non compliqué de chancrelle, suscite les mêmes indications, exige la même médication que le phagédénisme de la chancrelle.

A la langue, aux lèvres, aux paupières, au mamelon, à la fourchette, le chancre est compromettant par son aspect, gênant pour les mouvements de ces parties surtout en raison des frottements auxquels elles sont exposées. Quelques attouchements avec la pierre infernale, réitérés de trois en trois jours, hâteront la terminaison du mal.

Mais ordinairement, dans le chancre, ce n'est pas l'ulcère qui incommode, c'est l'induration dont il se complique. Outre que ces reliefs cartilagineux, parfois énormes, consti-

tuent une difformité, situés entre les deux feuillets du prépuce ils en empêchent le glissement; par la pression qu'ils exercent, ils interceptent la circulation, d'où un œdème spécial, très-fréquent aux grandes lèvres; ils diminuent le calibre de certains canaux (urètre); enfin ôtant à la partie du tégument qu'ils ont envahie sa souplesse normale, ils la prédisposent, durant le coït, à des excoriations désagréables à qui les subit et dangereuses pour qui les a causées.

Donc lorsque une induration a ces inconvénients et lorsque elle ne paraît pas devoir disparaître à mesure que le chancre guérit, il est indiqué de provoquer sa fonte. Pour obtenir ce résultat, comptez peu sur les cataplasmes, pommades, application de sparadrap de vigo, bains tièdes, compression, etc.

Le traitement mercuriel interne a seul cette puissance : c'est une de ses spécialités, et à coup sûr l'une des plus certaines.

C'est la première fois que je parle du mercure; et ce premier exemple de son pouvoir vient admirablement pour nous permettre d'en apprécier les mérites; car il en montre les limites en même temps que la réalité. Dans toute la vaste nomenclature des désordres qui se succèdent chez un syphilitique, vous le trouverez toujours le même. Administré contre une lésion bien réellement syphilitique, il en abrége manifestement la durée. Mais suspend-il et même entrave-t-il le cours de la maladie? Guérissant les accidents actuels, prévient-il les accidents à venir? Et — pour rester dans notre sujet — en mercurialisant l'individu qui n'en est encore qu'au chancre, est-on fondé à espérer qu'on le préservera des lésions secondaires et tertiaires?...

Cette grave question a semblé à quelques-uns on ne peut plus aisée à résoudre. La vérole existant dès que le chancre apparaît, disent-ils, pourquoi différer l'emploi du spécifique? N'est-ce pas à son début, avant qu'elle ait acquis toute sa

force, que la maladie est le plus accessible aux médications ? Donc, donnons du mercure aux chancreux.

Non, répond-on d'autre part. La syphilis comprend une série de poussées résultant elles-mêmes chacune d'un réveil, d'une nouvelle fermentation ou germination du virus. Or, le mercure n'a pas de prise sur le virus à l'état de germe : il n'en a que contre le virus à l'état éclos. Aussi le voit-on être à fois efficace pour guérir chaque manifestation, et impuissant pour en prévenir le retour. N'oubliez pas d'ailleurs que son effet toxique s'accroît par l'accumulation, en même temps que son effet curatif diminue par l'accoutumance. Et craignez, en le prodiguant sans besoin, dans les intervalles qui séparent les poussées, de vous trouver désarmé contre elles; craignez, au jour du danger, de ne plus pouvoir agir qu'avec un remède épuisé sur un organisme intolérant...

A pareilles controverses, il n'y a guère, je l'avoue, de conclusion valable. Mais peut-être y en a-t-il une à tirer du fait seul de leur prolongation. Supposez, en effet, que le mercure, comme agent préventif, possède réellement une vertu spécifique : est-ce que, depuis longtemps, elle n'aurait pas éclaté par des actes; si l'on voyait — et, dans l'hypothèse que j'examine, on devrait voir, — d'un côté, les chancreux non mercurialisés être en proie aux ravages de la syphilis secondaire et tertiaire, de l'autre les mercurialisés en être quittes pour leur chancre, est-ce que ce résultat, dépeuplant le cabinet des anti-mercurialistes, n'imposerait pas forcément silence à leur vaine argumentation?

Or, puisque, Dieu merci, nous n'en sommes point là, puisque ni la polémique, ni la pratique courante ne peuvent juger la question, que les raisons se valent et que les assertions se balancent, il n'y avait qu'un moyen de sortir d'embarras, la statistique. C'est ce que j'ai pensé, et j'en apporte une, ce me semble, péremptoire.

J'ai pris jusqu'aujourd'hui des notes complètes sur tous les

syphilitiques qui se sont présentés chez moi durant une période de près de cinq mois (du 10 février au 1er juillet 1872).

Ces malades sont au nombre de soixante-quatorze.

Sur ce nombre, *quarante-neuf* n'avaient pas pris de mercure durant le cours de leur chancre; et *vingt-cinq* en avaient pris, pendant cette période, sous la direction de divers médecins :

Or la statistique a ici à éclairer deux questions connexes mais distinctes :

1° Le traitement mercuriel fait pendant la durée du chancre retarde-t-il l'apparition des accidents secondaires?

Réponse : Les accidents secondaires se sont déclarés, en moyenne, quarante-trois jours vingt-trois centièmes après le début du chancre, chez les sujets qui n'avaient pas été mercurialisés pendant le chancre, et quarante-neuf jours huit centièmes, chez ceux qui avaient été mercurialisés pendant le chancre.

2° Le traitement mercuriel fait pendant la durée du chancre atténue-t-il les accidents ultérieurs?

Réponse : Sur quarante-neuf sujets n'ayant pas pris de mercure pendant le chancre, la syphilis a été dix-sept fois faible, vingt-sept fois moyenne et cinq fois forte ; — et sur vingt-cinq sujets ayant pris du mercure pendant le chancre la syphilis ultérieure a été six fois faible, quatorze fois moyenne et cinq fois forte[1].

De cette statistique, concluerai-je que, en donnant du mercure à un chancreux, on lui aggrave sa vérole?... Je le pourrais sans forcer en rien l'expression des faits qui pré-

[1] Tels étaient les chiffres en septembre 1872. Depuis lors j'ai revu la plupart de ces malades, en continuant à prendre des notes sur leur état; et aujourd'hui, 29 juin 1875, le plus grand nombre des syphilis étant guéri depuis trente mois, les syphilis graves ayant persisté plus longtemps que les autres, et trois d'entre elles étant passées à l'état tertiaire, je suis sûr que la proportion entre les cas de faible, de moyenne et de forte intensité est restée la même qu'elle était en septembre 1872.

cèdent. Mais peut-être, — je dis *peut-être*, — serait-ce abuser de coïncidences purement accidentelles qui, toutes nombreuses qu'elles sont dans ma statistique, et quelque significatives qu'elles paraissent, ne méritent pas de faire loi.

Concluerai-je que chancreux mercurialisés et chancreux non mercurialisés sont égaux devant la maladie consécutive, ont mêmes chances d'avoir une vérole forte ou faible?... C'est là ma pensée ; et même, en la formulant dans ces termes, je céderais déjà aux hydrargyrophiles plus que ce dont les chiffres ci-dessus ne me permettent de disposer.

Mais je leur veux faire reste de droit, et j'accorde que, après un chancre traité au mercure, la vérole qui va suivre — en même temps, qu'elle est un peu plus tardive, ainsi qu'on vient de le voir — sera aussi un peu plus faible, ainsi qu'ils le prétendent. Eh bien! est-ce la peine, pour obtenir ce résultat, d'infliger, pendant six semaines au moins, une médication éminemment toxique, irritante au premier chef pour les gencives ainsi que pour tout le tube digestif, et dont, depuis les recherches de M. Jullien, l'influence fatale sur le système nerveux, déjà signalée par la clameur et la défiance publiques, ne saurait plus être niée?

Et j'ajoute : Est-ce la peine d'infliger une telle médication à tous les chancreux, sans pouvoir distinguer ceux qui en auront besoin de ceux qui pourront s'en passer. Car, quelque précieux qu'il soit dans des cas expérimentalement déterminés, un remède sans lequel il est prouvé qu'on peut assez souvent guérir, ne saurait logiquement être réputé obligatoire, ni par conséquent être légitimement prescrit d'emblée à tous les sujets.

Il s'offre, heureusement, et très-naturellement un terrain pour la conciliation des deux camps. Chacune des manifestations successives de la vérole indique, en général, par son degré d'intensité si l'on peut se passer de mercure ou s'il faut en donner. Or le chancre, je l'ai dit, est déjà l'une de ces

manifestations, et j'ai dit aussi tout à l'heure que le traitement hydrargyrique est souvent nécessité par les inconvénients résultant d'une forte induration périchancreuse. Or une forte induration étant un présage de vérole grave, le mercure se trouve donc, dans ce cas, remplir un double office, puisque, indiqué, selon moi, par les exigences de la médication locale, il répondra en même temps aux vues de ceux qui comptent sur lui pour atténuer le cours de la vérole qui commence sous ces fâcheux auspices.

A ces motifs une autre considération s'ajoute, qui a bien son poids. Si vous ne donnez pas de mercure au chancreux, et que la syphilis ait ensuite une certaine intensité, le malade, le même malade qui aujourd'hui est prêt à vous traiter d'empoisonneur quand vous lui en prescrivez, vous accusera alors, soyez-en sûr, de n'avoir pas *connu son mal;* et le plus souvent, hélas ! vos confrères lui donneront raison.

Donc, en cas d'induration très-accentuée, faites la prescription suivante :

N° 32. « Prendre, le matin à jeûn et le soir après la digestion du dernier repas, une des pilules suivantes :

Proto-iodure hydrargyrique. . .	āā 1 gramme.
Thridace.	
Extrait thébaïque.	15 centigrammes.
» de gaïac.	2 grammes.

Pour 20 pilules.

« Après chaque pilule, avaler un demi-verre d'eau ou d'une tisane quelconque.

« Cesser les pilules pendant trois ou quatre jours, si les gencives deviennent irritées, s'il y a pesanteur d'estomac, perte d'appétit, dévoiement. Les recommencer, à une d'abord par jour, lorsque ces accidents seront passés, et se tenir prêt à les cesser encore momentanément ou à en réduire le nombre dès

que l'intolérance de la muqueuse gingivale ou gastro-intestinale se manifesterait de nouveau[1]. »

Administré durant le chancre, le mercure doit être continué, à dose plus ou moins forte, pendant un mois ou six semaines.

Daus ma pratique, les cas où j'ordonne le mercure durant le chancre sont une exception. Mais faut-il cependant laisser le client sans secours ? Après lui avoir dit, avec tous les ménagements possibles, mais explicitement : « Vous avez un mal qui infecte le sang, et qui durera au moins huit ou dix mois, » faut-il, quand il demande, — puisque le mal existe dès à présent, à être traité tout de suite — faut-il lui avouer que l'art est impuissant, que le prétendu spécifique n'est que curatif du mal réalisé et non préventif du mal à venir ?

Ce serait là à la fois une mauvaise action et une erreur : car la médecine, si elle n'a pas de moyens pour détruire le virus, peut du moins et doit, dès le premier moment, travailler à augmenter la force de résistance du sujet. Ce but, elle le réalise par l'hygiène en scrutant l'existence du client et le prémunissant contre toutes les causes délibitantes auxquelles il est exposé[2]. Elle le réalise d'autre part, grâce à un agent médicamenteux aussi inoffensif qu'efficace. L'iode et le fer, — nous le verrons plus loin, — combattent très-avantageusement la déglobulinisation sanguine qui marque l'invasion de la phase secondaire. Or cet état du sang s'établit-il seulement au moment même où éclatent ses symptômes, les accidents dits *prodromiques ?...* Non, sans doute ; il était préparé de longue main, pendant toute la période où le chancre existe seul.

[1] C'est un singulier remède, ai-je écrit ailleurs, que celui à propos duquel, en le prescrivant, on est obligé de dire à tous ceux qui vont le prendre : « S'il vous fait du mal, ne manquez pas d'en interrompre l'emploi. » — Aussi les recommandations que je détaille ci-dessus doivent-elles plutôt être faites de vive voix au client que consignées sur l'ordonnance. Livré aux méditations incessantes du malade, un pareil texte le découragerait, à coup sûr, de suivre la prescription.

[2] Je détaillerai plus loin ces préceptes.

Les recherches de M. Grassi le prouvent péremptoirement. Il a constaté : que, *pendant le chancre*, la proportion des globules diminue d'un quart environ ; que l'iodure de potassium rétablit leur chiffre normal en quinze ou vingt jours ; que le proto-iodure de mercure « est bien loin de produire les mêmes effets bienfaisants. » C'est donc avec l'espoir fondé de pouvoir, tandis qu'elle n'est encore qu'à l'état naissant, agir sur cette modification du sang, que je fais aux chancreux la prescription suivante :

N° 33. « Boire, matin et soir, un verre d'eau avec une cuillerée à bouche de :

Eau distillée.	500	grammes.
Iodure de potassium.	12	»
Citrate de fer.	2	»

Mêlez.

« Régime fortifiant ; commencer à se déshabituer de veiller et de fumer. — A part cela, continuer ses occupations et son genre de vie ordinaires. »

Dès qu'on lui a dit que son chancre est la vérole, le client justement terrifié vous accable de questions sur la nature de ce mal, ses suites, sa durée, sa curabilité surtout. N'en éludez aucune. Provoquez-les, au contraire, pour y répondre : et, sans altérer la vérité, ayez soin de présenter les choses sous l'aspect le plus rassurant : car ne l'oubliez pas, un état de dépression morale aggraverait le mal, et c'est dès le début qu'il importe d'y veiller. Expliquez donc clairement que la syphilis est, à la vérité, une viciation du sang, mais que, comme dans tous les empoisonnnements accidentels, la nature travaille incessamment, et en général avec succès, à l'expulsion du principe délétère. Avertissez bien que ce n'est pas l'œuvre d'un jour, mais de quelques mois ; — qu'il y aura plusieurs poussées successives, mais que c'est là le cours régulier de la

maladie, et non un accident imprévu; — que la syphilis ne dérange en rien les actes ordinaires de la vie, n'empêche pas de continuer à paraître devant le monde, à cultiver ses relations; — que ses lésions envahissent rarement des régions à découvert et que, dans ce cas, elles peuvent être promptement réprimées; — enfin que les cas de syphilis grave, dégénérée, qu'on raconte en les grossissant, ne se voient que chez les malades qui ont négligé leur traitement ou méconnu les règles de l'hygiène; — que, bien au contraire, la syphilis est essentiellement guérissable; — que, après l'avoir eue on est aussi bien portant qu'avant; — qu'on peut se marier et avoir des enfants sains... Dites, répétez ceci, citez des exemples, insistez sur les points qui semblent intéresser plus vivement le client, et ne le laissez partir que tranquillisé sur son avenir. Recommandez-lui, enfin, s'il conserve quelque inquiétude ou désire de nouveaux éclaircissements, de ne s'adresser qu'à un médecin et non à des *amis*, qui toujours, voyant ses alarmes, se font un jeu de les augmenter, ou à des livres *à la portée des gens du monde*, livres dont le vrai but est d'accentuer la peinture du mal pour pousser à la consultation !

§ 3. — *Il y a des accidents successifs.*

Avertir le client que, malgré leur bénignité apparente, ils sont contagieux et les traiter par l'application de charpie imbibée de solution de nitrate d'argent au vingtième, voilà toute l'indication.

§ 4. — *La première poussée a lieu.*

Six semaines environ après le début du chancre éclatent des accidents divers que j'ai décrits sous le nom de *première poussée*.

A ces accidents correspondent trois — et pour quelques médecins, quatre — indications bien distinctes mais simultanément exécutoires. Ainsi :

Il faut combattre l'état chloro-anémique et les troubles variés qu'il engendre ;

Il faut, d'après le mode selon lequel a lieu l'invasion, se faire une idée de l'intensité du mal, en d'autres termes connaître la vérole par ses premiers fruits afin de juger du traitement que le cas nécessite ;

Il faut opposer aux différentes lésions syphilitiques le traitement soit général, soit local qu'elles réclament ;

Enfin, pour quelques-uns, il faut traiter la vérole elle-même de manière à neutraliser le principe qui la constitue et à prévenir toute récidive.

Étudions successivement la manière de remplir ces quatre indications.

1° Contre les accidents dits *prodromiques* (lassitudes, céphalées, douleurs rhumatoïdes, cardialgie, fièvre, dépression morale, etc.), l'iodure a la vertu d'un spécifique. Donnez-le à un, deux ou trois grammes par jour, associé au citrate de fer (voir plus haut n° 33). Si l'élément *anémie* prédomine, donnez, en outre, deux pilules de Vallet avant, et deux cuillerées de vin de quina après chaque repas.

Parfois des accidents nerveux, à forme de migraines, affectent le type intermittent. Je prescris alors :

N° 34. Iodure matin et soir (comme ci-dessus n° 33).

« En outre (si l'accès a lieu, par exemple, à midi), prendre deux en se couchant et deux à sept heures du matin, des pilules suivantes :

Sulfate de quinine.	15 décigrammes.
Extrait thébaïque.	10 centigrammes.

Pour 16 pilules.

Après que la phase des lésions de l'innervation est passée, la chloro-anémie entretient quelquefois une débilitation persistante, tristesse, pâleur, inquiétude, amaigrissement, défaut d'entrain,... état pénible par lui-même, grave en ce qu'il

tient la porte ouverte à toutes les causes, à toutes les imminences morbides. L'un des meilleurs moyens que j'aie trouvé pour y remédier est le suivant :

N° 35. « Boire, aux repas, avec le vin, une eau gazeuse de table (Saint-Galmier, Renaison, Condillac, mais de préférence Saint-Alban), dans chaque bouteille de laquelle on a ajouté 1 gramme de citrate de fer et 5 décigrammes d'iodure de potassium. »

Ce tonique est d'autant meilleur qu'il se concilie avec n'importe quelle autre médication. On le continue des mois entiers sans qu'il provoque jamais le moindre accident, le plus léger signe d'intolérance gastro-intestinale.

L'alopécie générale ou partielle ne réclame pas d'autre médication. Seulement l'hygiène rend ici plus de services que la pharmacie. J'ai toujours vu les cheveux tomber tant que le malade est sous l'empire de causes déprimantes, et pousser de nouveau dès qu'on parvient à le soustraire à leur empire. Donc l'espérance étant le meilleur des toniques, ne vous lassez pas de répéter aux malades, — ce qui, d'ailleurs, n'est que la vérité — que, s'ils n'ont pas quarante ans, et si la calvitie n'est pas héréditaire dans leur famille, leurs poils, tous leurs poils reviendront certainement et tels qu'ils étaient auparavant. On devine par là ce que je pense des frictions ou lotions stimulantes, des régénérateurs, tous plus infaillibles les uns que les autres. Infaillibles, en effet !... oui, donnez-leur seulement le temps d'agir, et ils feront merveille.

Je n'étends point, bien entendu, cette proscription aux cas d'alopécie circonscrite déterminée par une lésion locale, une acné, un impétigo, un ecthyma, etc. Ici, au contraire, il faut surtout agir par les topiques, de la manière que j'indiquerai plus loin.

L'alopécie suscite une indication toute spéciale. Un jeune homme qui tout à coup, en pleine santé apparente, se montre chauve et parfois glabre de partout est par cela seul convaincu

de syphilis. Autour de lui, on le remarque ; et s'il veut, un jour, se marier, il s'apercevra qu'on en a gardé bonne note. Dès qu'il voit les cheveux et surtout les sourcils s'éclaircir, il fera donc bien de s'expatrier pour un temps ; et s'il revient avant que le dommage soit réparé, de dire qu'il sort d'avoir une fièvre muqueuse grave.

2° Pour mesurer d'après ses premiers signes l'intensité d'une vérole qui commence, pour porter ce que j'appelle son *diagnostic prévisionnel*, comptez peu sur les considérations qui ont rapport au genre d'accidents qui viennent d'être décrits. En effet, l'état chloro-anémique qui les engendre manque chez beaucoup de sujets. Très-commun dans le sexe féminin, il fait défaut, absolument défaut, chez un tiers environ des hommes. Il y a plus : sur 199 malades de M. Bassereau où la première syphilide fut un érythème (forme bénigne), 56, plus du quart, avaient été exempts des lésions prodromiques. Et au contraire sur 50 malades où la première syphilide fut papuleuse (forme plus grave), 16, le tiers, n'avaient eu aucune de ces lésions. Donc la gravité, la durée des prodromes, leur existence même, tient à l'impressionabilité, à la constitution spéciale de l'individu plus qu'au degré de force de l'intoxication qu'il subit.

Mais si cet indice est sujet à tromper, il n'en est pas de même de l'ensemble des symptômes objectifs qui éclatent lors de l'invasion, c'est-à-dire de la syphilide, du glandage secondaire, des plaques muqueuses. C'est là une étiquette largement étalée, lisible pour tous et de loin, authentique et sincère surtout. Comment en serait-il autrement ? Quelles que soient les causes qui donnent à une vérole son degré variable d'intensité, elles ont eu, à ce moment, le temps d'agir et elles s'expriment ouvertement dans cette première manifestation extérieure. Que d'autres causes à longue portée, ou survenant ensuite, puissent n'exercer leur influence qu'ulté-

rieurement, rien de plus naturel; et l'on comprend de cette manière que l'événement démente parfois des pronostics basés sur l'unique considération de l'intensité de la première poussée. Néanmoins, *a priori*, il ne semblera à aucun esprit logique et désintéressé qu'une vérole forte doive s'annoncer de la même façon qu'une vérole faible. Et, par le fait, on voit le plus souvent se confirmer les pronostics de ce genre portés par un praticien expérimenté qui sait rechercher et prendre en juste considération tous les éléments de ce problème plus complexe que quelques-uns ne le pensent. Bassereau, Clerc et Langlebert pensent ainsi, professent cette croyance dans la possibilité de prévoir ainsi la force d'une vérole.

Ainsi, en thèse générale, doit inspirer, dès la première éclosion, des inquiétudes sur sa gravité, une syphilis

a. Dont le chancre primitif a été fortement et est resté longtemps induré ;

b. Dont l'incubation, à partir du début du chancre, a été au-dessous de 40 jours ;

c. Dont les prodromes, malgré la bonne constitution du sujet, ont été marqués par une débilitation profonde ;

d. Dont la première poussée tégumentaire a été papuleuse, squameuse ou pustuleuse, au lieu d'être simplement érythémateuse ; — a été d'emblée confluente ; — a envahi simultanément la face antérieure et postérieure du tronc, le cuir chevelu, les régions palmaires et plantaires ;

e. Où les plaques muqueuses se manifestent en même temps ou presque en même temps que l'éruption cutanée ; apparaissent dans un endroit sans y avoir été sollicitées par aucune cause habituelle ou accidentelle d'irritation ; affectent une forme plus profonde que ne le comporte la région ou la texture ; sont, par exemple, ulcéreuses au bord de la langue, au scrotum, à la vulve, à l'anus ; se manifestent sur des régions où la membrane muqueuse qui par sa structure se rapproche de la peau ;

f. Qui frappe un sujet âgé, affaibli, mal constitué, lymphatique, relevant d'une affection dyscrasique, pauvre, imparfaitement nourri, dyspeptique, exposé au froid humide, sujet aux pollutions, à profession sédentaire ou nocturne, intempérant, alcoolisé, *joueur*, névropathique, bourrelé de soucis d'affaires, timoré, ou insouciant et indocile.

Pour résumer les conditions inverses, disons seulement qu'on peut bien augurer d'une syphilis apparaissant, 50 jours après un chancre parcheminé, sous forme de roséole, chez un jeune homme sanguin, en position de se soigner, tout en continuant ses occupations, bien prévenu de la durée de sa maladie et ne lisant pas de livres de médecine.

3° Le *syphilimètre*, dont je viens d'expliquer le mécanisme, a d'abord l'avantage d'éclairer le pronostic, mais il sert surtout en tant que guide du thérapeutiste. En effet, si la vérole s'annonce comme faible, elle guérira sans mercure, par le seul effet du temps et d'une hygiène reconstituante. Si, au contraire, la vérole s'annonce comme forte, ses lésions ne guériraient pas ou guériraient très-lentement sans mercure : il est donc opportun de l'administrer sans plus attendre, tout en s'aidant aussi des agents reconstituants.

Une éruption érythémateuse ou érythémato-papuleuse discrète, accompagnée de prodrômes légers, et de plaques muqueuses non ulcérées, constitue un état qui passe[1] en trois semaines environ, sous l'influence de la solution iodo-ferrée, à l'intérieur, de deux bains par semaine additionnés chacun de 100 grammes de sulfure de potassium et par le traitement local que j'indiquerai plus loin des plaques muqueuses. (Pour la solution iodo-ferrée v. ci-dessus, n° 33).

Au contraire, la première syphilide est-elle confluente, à larges papules, squameuse, vésiculeuse ou pustuleuse, avec

[1] J'entends seulement par là la disparition de la poussée actuelle.

plaques muqueuses ulcérées ou stratifiées occupant tous les orifices ; alors, il est indiqué d'instituer un traitement mercuriel : les pilules à 5 centigr. de proto-iodure hydrargyrique, de Ricord (v. n° 32) à la dose quotidienne de une d'abord, deux au bout de 5 jours, rarement trois, continuées de 5 à 8 semaines selon le temps que l'éruption met à passer, sont la meilleure médication qu'on puisse opposer aux accidents de cette espèce [1]. Comme, à ce moment, il est souvent encore nécessaire de continuer le traitement des accidents *prodromiques*, c'est au praticien de juger, selon la prédominance soit des accidents de cet ordre, soit des secondaires proprement

[1] La stomatite menace à tout instant tous ceux qui font usage du mercure. Elle est un signe que la saturation hydrargyrique existe. Mais quoique, pour certains cas (iritis, albuminite), l'action médicatrice du remède ne s'exerce pleinement qu'à partir du moment où la stomatite s'est manifestée, il n'est point exact, comme on l'a cru jadis, que son apparition est une preuve de la guérison complète de la syphilis.

La stomatite reste donc une complication fâcheuse, très-douloureuse, qu'on recherche quelquefois (à un léger degré, bien entendu) comme criterium servant à indiquer le moment où l'effet médicateur du mercure est suffisant, mais que, dans la très-grande majorité des cas, il faut éviter et, quand elle s'est déclarée, guérir le plus tôt possible.

On reconnaît la stomatite mercurielle d'abord à la sensibilité spéciale des gencives des dents incisives supérieures, surtout près de leur bord libre. Tout client à qui vous ordonnez du mercure doit être averti de la possibilité de cette inflammation et de la nécessité d'interrompre le remède dès qu'il s'en aperçoit. Mon expérience n'a point confirmé l'influence préservatrice qu'on avait attribuée au chlorate de potasse.

Une fois l'accident déclaré, il peut se borner aux gencives, dont le bord se décolle, s'ulcère, mais parfois il envahit d'autres parties de la bouche, et sous forme d'ulcérations dont voici les caractères distinctifs :

Ulcères larges, très-superficiels, de couleur gris cendré, à contour net mais découpés irrégulièrement, bordés d'une auréole rouge, très-douloureux au contact, siégeant de préférence sur les bords de la langue et en dedans des joues dont ils gênent beaucoup les mouvements, n'affectant ordinairement qu'un seul côté de la bouche, s'étendant avec rapidité, s'accompagnant *toujours* de la gingivite spéciale et de salivation visqueuse, et pour dernier trait qui suffirait seul, donnant lieu à une odeur *sui generis*, insupportable, qu'on sent à trois pas. — Ces caractères ne permettront pas de confondre les ulcères mercuriels avec les plaques muqueuses buccales qui souvent coexistent.

Dès que les gencives deviennent douloureuses, cessez l'emploi du mercure ; nettoyez avec de l'huile toutes les parties où il resterait des détritus de pommades ou d'emplâtres hydrargyriques. Administrez, pour vous conformer à l'usage, de 6 à 10 grammes de chlorate de potasse par jour, dans 200 grammes

dits, s'il doit insister plutôt sur l'iode que sur le mercure, ou *vice versa*.

Les agents toniques dont on doit user concurremment sont l'huile de foie de morue, deux pilules de Vallet avant le repas, deux cuillerées de vin de quina après ; dans la belle saison les douches froides, les bains froids, l'hydrothérapie. Quant aux règles hygiéniques, chaleur, calme moral, régime alimentaire et genre de vie habituels ; ne pas se priver de sommeil, éviter les travaux et les soucis excessifs, peu ou point fumer, exercice au grand air, modération ou abstention en fait de rapports sexuels.

d'eau en lotion ; faites avaler un quart de ce mélange par jour ; mettez à demeure sur les endroits malades un plumasseau de charpie, imbibé d'un mélange plus concentré d'une sorte de bouillie de ce sel. Mais comptez plutôt sur les moyens suivants :

N° 35. « Éviter le froid. Insinuer, deux fois par jour, sous le bord décollé des gencives, un petit pinceau chargé de

Miel rosat.	15	grammes.
Acide chlorhydrique. . .	1	»

« Tenir souvent dans la bouche une gorgée de

Eau distillée.	100	grammes.
Sulfate d'alumine. . . .	8	»

« Prendre un bain sulfureux tous les deux jours. »

Ce traitement suffit pour les cas où il n'y a que gingivite mercurielle. Mais s'il se déclare un flux salivaire avec des ulcérations — ce qui d'ailleurs, de nos jours, est assez rare — il y a un moyen plus héroïque, et qui devient alors indispensable : la cautérisation.

Prévenez le client que vous allez le faire souffrir vivement, mais que la douleur ne durera pas *plus de deux minutes* et que le soulagement sera immédiat. Alors saisissez avec la pince à pansement une boulette de charpie, et, après l'avoir trempée dans l'acide chlorhydrique, portez-la et tenez-la six à huit secondes sur toutes les ulcérations, en appuyant non-seulement sur leur partie centrale, mais sur l'auréole rouge qui les entoure. Le malade crie et se débat ; mais, dès la troisième minute, sa douleur étant calmée, et comme il se trouve déjà mieux qu'avant la cautérisation, il vous permet volontiers de recommencer. Et vous recommencez en effet une deuxième fois sur le même ulcère, et, s'il le faut, une troisième, jusqu'à ce que le bourdonnet caustique, fortement appuyé sur tous les points ulcérés, les uns après les autres, n'y détermine plus la moindre souffrance. — L'opération ainsi conduite est radicale, et jamais un client qui vient de la subir, ne sort sans m'exprimer sa vive satisfaction et me remercier de n'avoir pas reculé devant sa résistance.

4° Le mercure administré durant la première poussée peut contribuer à faire disparaître les lésions qui la constituent : cela est certain. Mais agit-il aussi dans un sens préventif?

Il semble d'abord qu'il est sans intérêt d'agiter cette question ; car l'action d'un remède ne dépend point de l'intention du médecin qui l'ordonne : et quoique prescrit uniquement en vue de guérir les lésions présentes, le spécifique n'en sera pas moins un préservatif des lésions futures, s'il possède réellement cette propriété.

Néanmoins le problème qui se pose n'a pas un sens purement abstrait. En effet, si l'on reconnaît au mercure le pouvoir d'empêcher les accidents à venir, il en résultera deux conséquences également sérieuses : D'abord on l'administrera même dans le cas où les premiers accidents n'ont qu'une faible intensité ; puis, et dans tous les cas, le médecin imbu de cette croyance continuera l'hydrargyrisation beaucoup plus longtemps, la portera à des doses beaucoup plus élevées que ceux qui lui demandent seulement de guérir les accidents présents.

Or, le mercure, administré à haute dose et longtemps, met-il obstacle à l'éclosion de tout accident ultérieur?

Ma statistique nous a déjà appris que, donné durant le chancre primitif, il éloigne un peu l'apparition des lésions secondaires, mais ne les empêche pas et surtout ne les atténue point, tant s'en faut. Nous avons même eu, on s'en souvient, à nous demander s'il ne les aggrave pas?

Mais cette statistique a pu passer pour suspecte. C'est ma main, la main d'un anti-mercurialiste, a-t-on dit, qui tenait la balance. N'avait-elle point, fût-ce involontairement, oscillé dans le sens de ses antipathies?...

Fort heureusement, à la deuxième question que l'ordre des matières nous dicte maintenant, à cette question : « *Le mercure donné à partir de la phase secondaire empêche-t-il les accidents ultérieurs?* » c'est une plume, que dis-je, ce sont

vingt plumes désintéressées qui vont répondre. M. le docteur Jullien[1] voulant élucider ce point de pratique, a eu l'idée judicieuse d'adresser un questionnaire précis et détaillé aux principaux spécialistes, Français, Anglais, Belges, Italiens. Or le dépouillement de ces observations lui a appris :

Que sur 218 sujets atteints d'accidents tertiaires, 59 n'avaient pas pris de mercure; 47 en avaient pris à partir du chancre; 112 en avaient pris à partir des premiers accidents secondaires : — que les accidents tertiaires ont apparu quatre ans, en moyenne, après le chancre, chez les sujets de la première série; huit ans après le chancre, chez ceux de la deuxième; trois ans, chez ceux de la troisième.

Que les accidents tertiaires ont eu *moins* de gravité chez les sujets de la première série (non mercurialisés), *plus* de gravité chez ceux de la deuxième série (mercurialisés *ab initio*); et *plus de gravité encore* chez ceux de la troisième série (mercurialisés *à secundariis*).

Enfin, fait bien digne d'attention, qu'on n'a compté chez les non-mercurialisés qu'un seul cas d'affection encéphalique (et encore était-elle, selon l'auteur, « d'un diagnostic douteux »), tandis que les deux autres séries n'en fournissent pas moins de 25 cas.

Ainsi le mercure, donné pendant le chancre, n'empêche pas, n'atténue pas les accidents secondaires. Donné pendant le chancre et pendant les accidents secondaires, il n'empêche pas, il n'atténue pas les accidents tertiaires. — Cette vérité paraît désormais acquise; car, ce qui la démontre, ce ne sont plus quelques exemples *choisis* d'impuissance notoire du spécifique, exemples auxquels l'école mercurialiste opposait sans peine un nombre égal de cas *choisis* de vérole grave chez des sujets non hydrargyrisés; non, c'est l'arbitre souverain, la statistique parlant au nom d'observations aussi concluantes

[1] *Gaz. hebdomadaire*, 18 septembre et 2 octobre 1874.

par leur nombre que par la diversité de leur origine, la loyauté et le désintéressement de leurs signataires.

Il en coûte de renoncer à des espérances que l'analogie, que la raison semblaient autoriser. Aussi depuis qu'on donne le mercure aux vérolés, on a eu des récidives; et, depuis qu'on a eu des récidives, on a cherché à les expliquer par quelque omission ou négligence du malade, par quelque lacune de la méthode. Comme pour la mortalité chloroformique, chaque médecin disait à ses confrères : « Vous avez des revers, parce que vous administrez le remède de telle manière : mais, moi, voici comment je fais. Imitez ma méthode, le succès est à ce prix. » Ainsi, et pendant des siècles, on a varié la préparation pharmaceutique, changé la voie d'absorption, augmenté soit la dose quotidienne, soit la durée totale du traitement. On a vu les spécialistes alterner, suspendre, recommencer selon tous les modes; tantôt se préoccuper de maintenir la tolérance parfaite des voies digestives ainsi que des gencives, tantôt provoquer la stomatite, recourir aux plus fameuses *tisanes*, aux sudations, au *cura famis*, à l'or et à l'argent déviés de leurs cours normal, voire au platine... Toujours même résultat, toujours des récidives.

Deux excellents confrères ont, récemment, tenté de modifier, pour la rendre plus sûre, cette thérapeutique préventive. M. Rodet commence par le bichlorure de mercure à la dose de 0,01 par jour, en une ou deux fois; dose qu'il augmente, tous les 8 jours, d'un demi-centigramme, jusqu'à 3 centigrammes et demi par jour. Arrivé là, pour rompre l'habitude tout en ménageant la tolérance, il remplace ce remède par 0,05 de protoiodure de mercure par jour, en deux fois, en augmentant ensuite de 25 milligrammes, tous les huit jours, jusqu'à ce qu'il en donne de 17 à 18 centigrammes par jour. Alors, il diminue graduellement la dose, en donnant simultanément l'iodure de potassium à doses croissantes; enfin, il termine en administrant, pendant quelque temps encore, de l'iodure

de potassium seul. — M. Alf. Fournier procède, lui, par la méthode des traitements interrompus ou traitements successifs. Consulté pour une syphilide papuleuse, par exemple, il prescrit 5 à 10 centigrammes de protoiodure par jour; et lors même que l'éruption aurait disparu en quatre semaines, le continue deux mois environ. Alors, et *quoi qu'il arrive*, il suspend la médication pendant un mois, afin de neutraliser l'accoutumance. Au bout de ce temps, et *qu'il y ait ou non des récidives*, il reprend le même traitement durant six ou huit semaines, à l'issue desquelles il accorde trois mois *de répit*. Ensuite, il mercurialise de nouveau six, sept ou huit semaines, après lesquelles il cesse quelques mois; puis il mercurialise de rechef et ainsi de suite... Il termine par un cours d'iodure de potassium employé seul.

Ces nouvelles tentatives trahissent, ce me semble, un effort désespéré. J'ai dû les mentionner avec quelques détails cependant, parce que, émanant de praticiens éminents, leur exposé servira de guide à ceux qui voudraient s'engager dans cette voie. Mais, pour en faire apprécier la portée, il me suffit de les laisser juger par leurs auteurs mêmes. Quelle durée M. Rodet donne-t-il à son traitement? Quatre mois et demi; et si, nonobstant, des récidives ont lieu, il nous avertit qu'il faut recommencer à plus haute dose et plus longtemps. Or, comptons : quatre mois et demi pour le premier traitement, plus six mois pour celui de la récidive (je consens à n'en supposer qu'une), avec les six semaines d'incubation, cela fait tout juste un an, plus la durée du chancre primitif. — M. Fournier lui, demande deux ans, sans phrases[1].

Eh bien! de un à deux ans, n'est-ce pas le temps que prend ordinairement pour guérir la syphilis qui a évolué sans remèdes?... Que penser, par conséquent, d'un spécifique qui n'agit ni plus ni mieux que la nature?

[1] Les intervalles y compris, bien entendu.

Encore si, à ce prix, avec les ennuis, les inconvénients, les *dangers sérieux*, inhérents à l'emploi prolongé du mercure, encore si l'on était certain d'acheter la guérison! Mais point. « Je ne connais aucun moyen, avoue M. Rodet, d'éviter sûrement le retour des accidents, c'est-à-dire d'obtenir, dans tous les cas, la guérison réelle, absolument définitive. » — « Cette méthode n'est pas infaillible, dit à son tour M. Fournier, elle a ses cas rebelles, je ne le sais que trop... En dépit de tous ces efforts, en dépit de ce long et actif traitement, il n'est pas impossible que le malade soit exposé, quelque jour, dans un avenir plus ou moins éloigné, à un accident nouveau, à une manifestation ultérieure de la diathèse. »

Le tableau dressé par M. Jullien justifie largement ces appréhensions. En effet, sur les 218 tertiaires qu'il comprend, 159 avaient pris du mercure durant la phase primitive ou secondaire. — A la vérité, ce calcul aurait besoin de s'appuyer sur un autre : pour savoir dans quelle proportion l'effet préventif du mercure échoue, il faudrait savoir dans quelle proportion les syphilitiques qu'on ne mercurialise pas sont aux syphilitiques qu'on mercurialise. Mais, en tout état de cause, quand on voit ces derniers former les *trois quarts* des victimes du tertiarisme, il est bien permis de dire que ce chiffre brut a déjà par lui-même une signification effrayante.

En somme, faisant un retour sur les résultats de notre expérience et sur la leçon que donnent les deux statistiques précédentes, considérant que la syphilis qu'on *laisse aller* guérit le plus souvent, et que celles qu'on mercurialise à outrance tournent parfois fort mal, nous en venons presque à nous demander si, prescrit à titre d'agent curatif, le prétendu spécifique se borne à n'être qu'impuissant? Et lui appliquant ce que Niemeyer a écrit du traitement de la pneumonie : La *syphilis*, dirions-nous volontiers avec l'illustre professeur de Tubingue, « a une marche cyclique aussi prononcée qu'aucune autre maladie, et, abandonnée à elle-même,

elle se termine presque toujours par la guérison, pourvu que les individus atteints soient robustes, et que la maladie ne soit ni compliquée ni excessivement intense. La (syphilis) en elle-même exige aussi peu une intervention thérapeutique que l'érysipèle, la variole, la rougeole et d'autres maladies à marche cyclique, quand ces affections atteignent des individus auparavant bien portants, qu'elles ne sont pas compliquées et qu'elles ont une intensité moyenne. Il est prouvé, de plus, qu'une intervention énergique a une influence fâcheuse sur la marche de la maladie, à moins que des phénomènes bien déterminés ne justifient cette intervention. »

Une dernière réflexion : ceux de nos confrères qui conseillent un traitement mercuriel prolongé dans tous les cas en vue de guérir radicalement ne cessaient de dire : « L'expectation paraît d'abord réussir chez quelques malades ; mais on peut, on doit s'attendre ultérieurement à de graves désordres. C'est alors surtout qu'elle n'est pas traitée, que la vérole devient sérieuse et redoutable, qu'elle détermine des lésions menaçantes ou des infirmités incurables. » Pour justifier cette conclusion, un auteur récent cite *cinq* exemples de ce genre, — *cinq* choisis dans une pratique de quinze ans, — ajoutant comme argument irréfutable : « Je n'en finirais pas si je voulais citer tous les cas semblables qu'il m'a été donné d'observer...

Eh bien ! *tous ces cas*, M. Jullien, je le sais, vous les a demandés, mon cher confrère, et vous les lui avez donnés. Ils figurent dans sa statistique ; ils contribuent, pour leur part, à assombrir le tableau des syphilis non mercurialisées au début... Et vous avez vu cependant dans quel sens inattendu a prononcé contre vos sinistres prévisions, cette statistique seul juge valable en pareille matière !

§ 5. — *Les poussées secondaires ultérieures ont lieu.*

Cette période est diverse et parfois très-longue. C'est pendant sa durée que chaque vérole se fait juger en prenant l'allure qui lui est propre; tantôt se terminant par une décroissance graduelle, soit en quelques semaines, soit en huit ou dix mois; tantôt persistant avec des alternatives tant en bien qu'en mal pendant dix-huit ou vingt mois; tantôt affectant une tendance plus ou moins manifeste à progresser, à revêtir les caractères du tertiarisme.

J'ai décrit plus haut les attributs de chacune de ces formes. Le clinicien doit en examiner l'évolution avec la plus grande attention; car lui seul est à même de tirer de cette étude sa conséquence pratique, c'est-à-dire de résoudre pour chaque malade cette grande, cette capitale question : « Le cas tend-il à guérir spontanément? ou faut-il intervenir? »

Je puis cependant pour l'aider dans ce travail lui tracer, quelques règles à titre de données générales. Les poussées se font-elles à intervalles rapprochés (de moins de deux mois)? — Éclatent-elles non par une seule lésion, mais par un ensemble de lésions? — Ces lésions siègent-elles sur des points distants les uns des autres (squames plantaires, plaques muqueuses scrotales et linguales)? — Se manifeste-t-il, comme troisième poussée, par exemple, non pas une éruption circonscrite, mais une éruption généralisée? — L'éruption de la troisième poussée est-elle, de sa nature, plus accentuée que celle de la deuxième (pustuleuse, par exemple, alors que celle-ci n'avait été que érythémato-papuleuse)? — La poussée dont on étudie la signification a-t-elle eu lieu sur des régions, à une époque de l'année, au milieu de conditions hygiéniques ou morales qui ne suffisent pas à en expliquer la survenance (par exemple, en plein été, sur le dos, sans qu'aucun excès, même de travail, l'ait précédée), a-t-elle, quoique étant la

troisième ou la quatrième, été annoncée par de la céphalée, des douleurs rhumatoïdes? — Les plaques muqueuses qui en font partie provoquent-elles un engorgement ganglionnaire? — Enfin ses lésions *sentent-elles* le tertiarisme (sternalgies, tibialgies, un léger degré d'anamnésie, d'impuissance, d'insomnie[1], un peu de rhinite, une sensibilité spéciale de la pulpe des doigts)... Alors le médecin doit intervenir activement. Il devra aussi intervenir, n'y eût-il qu'une seule lésion, lorsque à elle seule elle indique un haut degré d'intensité du mal ; telles sont les syphilides profondes, l'iritis, l'albuginite, les onyxis ulcéreuses, l'hémiplégie faciale, la paralysie des moteurs oculaires.

Comment intervenir? Par deux moyens employés simultanément : 1° en découvrant et appliquant la forme de traitement spécifique qui influencera les lésions; 2° en modifiant, soit par des remèdes non spécifiques, soit par l'hygiène, la constitution du malade dans un sens favorable à la guérison. Donc traitement spécifique et traitement non spécifique général et local. Examinons en la valeur dans chaque cas, ainsi que les moyens et le mode d'application de ceux-ci.

Traitement spécifique.

Contre des accidents franchement secondaires, j'ai toujours vu réussir les pilules de proto-iodure de mercure, formule Ricord, quand on n'en fait pas préparer une trop quande quantité à la fois[2], et qu'elles proviennent d'une pharmacie qui n'a pas la fâcheuse et trop commune habitude de les tenir faites d'avance. Assurez-vous qu'elles ne provo-

[1] Ces symptômes s'observent aussi, nous l'avons vu, dans la périodique prodromique. Mais quand ils apparaissent ou réapparaissent plus tard, par exemple après dix ou douze mois de syphilis secondaire progressive, ils ont une signification tout autrement sérieuse.

[2] Partant pour la Chine, un de mes clients, plus prévoyant que docile, en emporta mille dans un bocal.

quent ni inappétence, ni diarrhée excessive. Donnez-en d'abord une par jour, pour tâter la susceptibilité des voies digestives. Si elles passent bien, portez, au bout de cinq ou six jours, la dose quotidienne à deux, une le matin à jeûn, et une le soir, l'estomac étant vide d'aliments; faites boire après chaque pilule ingérée, une forte gorgée d'eau aromatisée par l'alcool de menthe. N'en donnez trois et surtout quatre par jour que si, à la dose de deux, elles n'ont pas, au bout de vingt à vingt-cinq jours, exercé une influence réelle sur la lésion contre laquelle on les administre. Si vous constatez cette impuissance du remède, revenez de temps en temps, pendant une semaine, à la dose moindre, pour passer ensuite à la dose élevée, obtenant ainsi le bénéfice d'une *secousse médicatrice*, sans risquer d'aller jusqu'à la saturation. Le traitement que je fais ainsi a plus ou moins de durée selon le plus ou moins de gravité de la lésion contre laquelle on l'institue, et selon le plus ou moins de résistance qu'elle oppose à la médication ; mais, dans tous les cas, entre mes mains, il dépasse rarement deux mois. Quelquefois, assez souvent même, je le recommence durant le cours de la maladie. Mais — je tiens à bien préciser ce point, — je ne le recommence que lorsque la nécessité de recourir de rechef aux spécifiques m'est démontrée par la survenance de nouveaux accidents et d'accidents dénotant que le mal qui se réveille subsiste au même degré d'intensité ou progresse.

Dans ce cas, et comme à tous les praticiens, il m'arrive parfois de varier la préparation ou le mode d'absorption du remède. Mais ce n'est pas uniquement, ainsi que le font quelques-uns, *pour changer*. Éclairé par la manière dont le premier traitement a agi tant sur l'organisme que sur la maladie, je tâche de faire mieux cette fois. Éclairé, d'un autre côté, par l'étude attentive soit de la nature des lésions actuelles, soit du temps qui a séparé leur éclosion de la poussée précédente, soit des causes accessoires qui ont pu aider à leur formation, soit

de l'influence qu'elles exercent sur la constitution, je tâche de faire concorder le nouveau traitement avec toutes ces indications et toutes ces exigences.

Ainsi, quand la poussée actuelle consiste en plaques squameuses, en onyxis sèches, en végétations épithéliales du dos de la langue, j'ai souvent constaté l'appropriation spéciale du bi-chlorure de mercure à la guérison de cette forme morbide. On le prescrit, de préférence en pilules (dites de Dupuytren), dont voici la formule exacte, telles qu'elles étaient administrées en 1832, 1833 et 1834, dans le service de mon maître :

« N° 36. « Prendre, trois fois par jour, une des pilules suivantes :

Extrait aqueux d'opium.	40	centigrammes.
Extrait de gaïac.	75	»

Pour 25 pilules.

« Boire, après chaque pilule une tasse de décoction de salsepareille[1]. »

Dupuytren faisait prendre la dose invariable de trois pilules par jour pendant toute la durée du traitement. On devra, je crois, se départir de cette inflexibilité ; il n'est pas moins utile, en effet pour le bi-chlorure que pour le proto-iodure, d'avoir égard à la susceptibilité gastro-intestinale ; car s'il expose moins à la gingivite, le bi-chlorure (même à une dose cinq fois moindre) est sensiblement plus irritant pour le tube digestif. Il faut donc commencer par deux pilules, une le

[1] Je crois *peu* — lisez, si vous voulez, un autre mot — à la vertu des tisanes sudorifiques. Elles ont, d'ailleurs, deux inconvénients : l'un, de surcharger l'estomac, de diminuer l'appétit, d'altérer par conséquent les fonctions digestives, dont la régularité est si nécessaire pour maintenir en bon état la nutrition générale ; l'autre, de détourner indirectement les malades de faire leur traitement, car, croyant qu'il n'est complet qu'autant qu'on boit la tisane prescrite, quand ils n'ont pas le temps de la boire, ils s'abstiennent de tout traitement plutôt que d'en suivre un, selon eux insuffisant.

matin et une le soir, et observer, pour la variation et l'alternance des doses, les règles que j'ai tracées ci-dessus.

Le bi-chlorure se donne aussi dissous dans l'eau et l'alcool. C'est la liqueur de Van Swieten, dont on prend deux ou trois cuillerées à café et plus, matin et soir, dans un verre de véhicule. Ce médicament répugne aux malades à cause du goût métallique qu'il leur laisse dans la bouche. On peut, il est vrai, le masquer, en préparant la liqueur avec du rhum (Basserceau) ou en le faisant prendre dans une infusion aromatique (thé, menthe, verveine, mélisse). Mais je n'ai pas constaté par l'emploi de ce médicament de résultats capables de justifier la faveur réglementaire dont il jouit dans les hôpitaux militaires. Le seul avantage que je trouve à administrer le spécifique sous forme liquide, c'est qu'il sert en même temps de topique pour les lésions profondes de la gorge qui ne seraient pas ou ne seraient qu'imparfaitement touchées par les gargarismes. De là l'indication, dans ces cas, d'avaler le remède lentement et à petites gorgées.

Les sirops masquent mieux le goût du sublimé en même temps qu'ils en dissimulent le nom. On prescrit les sirops de Cuisinier de première, deuxième ou troisième *cuite* (c'est-à-dire avec 3, 10 et 15 centigr. de sublimé pour 500 grammes de sirop), à la dose de une ou deux cuillerée à bouche, matin et soir, dans une boisson émolliente. Mêmes doses pour le sirop de Larrey, *additionné*.

Chez certains sujets robustes, pléthoriques, habitués à prévenir des fluxions ou congestions périodiques au moyen de purgatifs, on se trouve bien de préférer les pilules de Belloste (à la dose de deux ou trois par jour) qui, outre le mercure, contiennent de l'aloès, de la rhubarbe et de la scammonée. J'ai eu quelques succès en donnant une pilule de Belloste, le matin, et le soir, une pilule au proto-iodure.

Les procédés destinés à introduire le mercure par la voie

de l'absorption générale sont au nombre de quatre. Je les range par ordre d'efficacité.

Les *bains* n'ont aucune action spécifique sur l'organisme : l'absorption du médicament ne s'y effectue pas. Ils appartiennent donc exclusivement au traitement local qui sera décrit plus loin.

Les *fumigations* se font dans des appareils spéciaux, dans des caisses, d'où la tête sort. On les répète tous les deux ou trois jours, en employant de 8 à 15 grammes de cinnabre pour chaque fumigation. Elles sont plutôt un auxiliaire que l'élément réellement constituant d'un traitement sérieux. M. Langlebert a imaginé et décrit un ingénieux et très-commode appareil pour administrer ces fumigations à domicile.

Les *frictions* se prescrivent ainsi :

N° 37. — « Tous les soirs, en se couchant, faire doucement en dedans de la cuisse (un jour la gauche, le lendemain la droite) dans la direction des poils, une friction de cinq minutes de durée, avec gros comme une noisette de :

Onguent napolitain. . . . . 40 grammes.

« Après chaque friction, envelopper, avec un mouchoir plié en cravate, la partie du membre qui vient d'être frottée.

« Chaque soir, avant de frotter une partie qui l'a été la veille, il faut la nettoyer à l'eau et au savon.

« Continuer les frictions trente ou quarante jours. Les suspendre, ou ne les faire que de deux jours l'un s'il en résulte de l'irritation des gencives. Les cesser aussi si elles provoquent localement de l'érythème ; mais dans ce cas, les continuer à la face interne des bras et des avant-bras, jusqu'à ce que la guérison de l'éruption des cuisses permette de les y recommencer. »

Les frictions mercurielles passent pour très-efficaces. Mais pourquoi ? parce qu'elles produisent assez souvent la stomatité. Capables de nuire, on les a, pour cela seul, jugées capa-

bles de servir. Je ne raisonne point ainsi, ou plutôt je ne raisonne pas du tout, mais j'ai observé. Et, quoique forcé d'employer les frictions chez certains sujets à voies digestives réfractaires, je n'hésite pas à dire que jamais, dans aucun cas, je n'ai vu cette médication agir pour faire disparaître une lésion syphilitique avec la même rapidité que la médication dite interne, que les pilules au proto-iodure, par exemple.

Les *injections hypodermiques* se font de préférence aux épaules, au dos, au nombre de deux par jour, avec la petite seringue spéciale de Liégeois, remplie de la solution suivante :

Eau distillée.	60 grammes.
Sublimé.	āā 10 centigrammes.
Chlorhydrate de morphine. . .	

La seringue étant chargée, on la prend de la main droite et l'on plonge brusquement la canule aiguille qui la termine à un centimètre et demi de profondeur, *à la base* d'un pli fait à la peau par le pouce et l'indicateur gauches. On pousse alors le piston, et le liquide entre sans difficulté dans le tissu sous-cutané. Si l'on a trop peu enfoncé la seringue, le liquide est mis en contact avec le tissu du derme ; de là des douleurs vives, des abcès consécutifs, des eschares... accidents qu'une manœuvre plus méthodique prévient presqu'à coup sûr.— On continue les injections vingt-cinq, quarante, soixante jours de suite ou avec quelques intervalles.

A priori, cette médication offre l'avantage de ménager les organes digestifs, et d'éviter la décomposition que leur passage à travers ces organes fait subir aux préparations mercurielles. L'expérience confirme ces espérances, mais elle ne les confirme qu'en partie. Il est certain, — et je l'ai vu moi-même plus d'une fois — que les injections hypodermiques comptent des guérisons rapides, et obtenues dans des cas rebelles. Mais malheureusement elles comptent aussi des échecs non moins avérés ; et ce qu'il y a de fâcheux pour l'avenir de la méthode,

c'est qu'on n'a pas encore pu déterminer ses indications, prévoir contre quelles formes de syphilis elle réussit[1], de manière que son emploi est à peu près abandonné au hasard. Ajoutons qu'il est très-pénible pour le médecin et fort coûteux pour le client de s'assujettir l'un à faire, l'autre à subir quotidiennement cette opération, assez délicate pour que personne n'y puisse suppléer l'homme de l'art.

En somme, malgré la valeur de ces objections, la méthode de Lewin constitue une ressource extrêmement précieuse que je recommande très-souvent, l'essai en étant tout à fait inoffensif; d'autant plus précieuse d'ailleurs que, comme on y a le plus souvent recours en désespoir de cause, c'est à des sujets débilités qu'on aura ordinairement à l'appliquer et que justement, à l'inverse des autres procédés d'introduction du mercure, celui-ci est renommé pour agir à la façon des reconstituants.

Tels sont les agents principaux de la médication mercurielle[2]. Cette médication vise surtout les accidents secondaires; et elle y est souveraine. Mais lorsque le tertiarisme est au seuil de la porte, lorsqu'on a affaire à des lésions dites de transition (syphilides tuberculeuses, ou pustulo-crustacées, iritis, onyxis ulcéreux, rhinite sanguinolente et croûteuse, et même albuginite), il arrive souvent que le mercure, donné seul, n'a que des effets partiels ou temporaires, demeure même quelquefois complétement impuissant. Dans ce cas, il faut lui adjoindre une préparation iodurée. C'est le traitement mixte.

On le fait de deux manières : soit en réunissant les deux spécifiques dans une même formule, soit en les administrant séparément l'un et l'autre à heures différentes.

[1] On a cependant remarqué qu'elle est plutôt efficace dans les affections squameuses; et, d'autre part, que, employée dans les formes ulcéreuses de la syphilis, elle ne sert à rien, et expose, au contraire, à la production d'ulcères aux points piqués.

[2] Je n'écris pas un formulaire; aussi m'abstiens-je de mentionner ici toutes les recettes qu'on trouvera dans les ouvrages de ce genre.

Dans le premier but, on donne soit le sirop de Gibert ou de Boutigny (qui contiennent 25 centigrammes de bi-iodure de mercure et 12 grammes d'iodure de potassium pour 600 grammes de sirop) à la dose de une, puis deux, quelquefois trois ou quatre cuillerées à bouche par jour ; soit la même quantité de la préparation suivante, due à Ricord :

N° 38.	Eau distillée.	500 grammes.
	Bi-iodure hydrargyrique. . . .	20 centigrammes.
	Iodure de potassium.	20 grammes.

Mais j'ai souvent remarqué — laissant aux chimistes le soin d'expliquer le fait — que ces préparations mixtes (surtout les sirops) irritent le tube digestif, et que dans les cas où elles se montrent inoffensives pour lui, c'est qu'alors elles sont inefficaces comme agent médicateur. Je préfère donc, quoique plus compliqué et plus assujétissant, le procédé d'ingestion séparée des deux spécifiques.

Dans ce but, ayant égard à l'heure usuelle des repas (onze heures du matin et six heures du soir) je formule ainsi :

N° 39. « Prendre, le matin en se levant, puis deux heures avant le dîner, une pilule de Dupuytren.

« Prendre une heure avant le déjeuner, puis en se couchant, 1 gramme, plus tard 2 grammes d'iodure de potassium dans un verre d'eau.

« Si l'on observe que la pilule serait mieux supportée à un autre moment, choisir pour la prendre l'une des heures désignées ci-dessus pour ingérer l'iodure. »

Inutile de disserter sur la nature de l'action qu'exerce le mercure. On sait bien qu'il n'est ni un anti-phlogistique, ni un dérivatif, qu'il n'élimine pas le principe morbide par la salive, comme on le croyait jadis. Opère-t-il en déterminant dans l'organisme une modification qui rende celui-ci capable de neutraliser la maladie ? C'est possible : mais personne n'a jamais pu constater cette modification, et même c'est quand

il laisse la constitution intacte, par conséquent non modifiée en apparence, que le mercure agit le mieux sur la syphilis. Enfin le remède s'attaque-t-il au virus lui-même? Je le crois. Je crois que la syphilis résulte de la présence dans le sang de microphytes ou de microzymas (encore à découvrir). Et appliquant cette donnée à l'interprétation des faits cliniques — qui réciproquement la confirment — je suis le premier qui ai dit : si le mercure guérit les lésions présentes mais ne peut en prévenir le retour, c'est que, comme tous les parasiticides, il détruit ces petits êtres quand ils sont à l'état de vie, mais ne peut rien contre eux quand ils sont à l'état de germes, d'œufs.

J'ai, autrefois, à l'Antiquaille, employé les préparations d'or, d'après les formules et selon les préceptes de l'école de Montpellier. N'en ayant jamais obtenu de résultat appréciable, je me borne à les mentionner pour mémoire.

Traitement non spécifique.

A. *Traitement général.* — Celui-ci convient comme adjuvant et complément essentiel du traitement spécifique, et il convient aussi dans les cas où l'on croit devoir se passer de mercure. Mais quelque grande qu'en soit l'importance, ne l'exagérons pas. Ce ne serait pas sans danger. Il faut bien savoir, quoiqu'on ne le dise pas aux malades, que le temps et une bonne hygiène physique et morale, sont les agents principaux de la cure de la syphilis. Aidez-y par le fer, le quina et autres amers (quassia, petite centaurée, gentiane). Ajoutez à propos l'huile de foie de morue : c'est sagement agir, car le virus a débilité l'organisme en même temps qu'il l'a infecté, et n'oubliez pas que la chloro-anémie a accompagné de près l'intoxication, puisque la coexistence de ces deux états se révèle, à l'époque de la première poussée, par la simultanéité de leurs symptômes respectifs. C'est donc de toniques, de reconstituants que le malade a besoin avant tout. Mais formulez dis-

crètement. Ne bourrez pas votre client de drogues ; ménagez son estomac : c'est encore quand il digère bien que ce viscère travaille le mieux à la guérison de la vérole.

L'hygiène doit se prescrire avec la même réserve. N'intervenez point en réformateur. Quel doux sourire n'ai-je pas vu, cent et cent fois, s'épanouir sur des lèvres inquiètes qui venaient de me dire « Et le régime?... » à ma constante réponse : « Ne changez rien à votre manière ordinaire de vivre. » A la vérité, j'élimine toujours de mes ordonnances le *régime doux* (que je vois stéréotypé sur celles de quelques confrères) : mais je n'omets pas moins soigneusement les fameuses *viandes saignantes, grillées et rôties*, qui, en moins de quinze jours, inspirent une satiété aussi pernicieuse qu'insurmontable. Je permets le café et jusqu'au petit verre, me contentant de veiller à ce qu'on mange à sa faim et à heures réglées.

« *Rien d'exceptionnel* » étant, en ce cas, ma devise, vous devinez que je n'accepte point le sacrifice des clients qui, pleins d'une confiance trop flatteuse, veulent quitter leur pays, leurs affaires pour se mettre, disent-ils, entre mes mains pendant toute la durée du traitement... Ceux-là vous consacrent volontiers un, deux, trois mois ; mais à ce prix, il entendent être guéris sans retour. Or vous savez que la chose n'est pas possible, que, du moins, on ne peut jamais garantir que la maladie sera terminée à ce bref délai. Aussi, quand après avoir *végété* trois mois dans une grande ville dont ils fuient les distractions et n'ont connu que l'isolement et l'influence anémiante, ils voient survenir une récidive, jugez de leur désespoir, et jugez de l'effet de ce désespoir sur l'état de l'organisme.

Il est bon de rassurer certains clients contre la crainte des frais qu'entraînera la maladie. Notre cher Munaret, le philanthropique créateur du *Dispensaire spécial*, avait calculé que, pour *deux francs* de médicaments, on peut traiter une syphilis. A la vérité, c'est là le prix de revient, auquel il convient

d'ajouter l'honnête bénéfice du pharmacien. — Quant aux visites, en en prévoyant douze ou quinze pour toute la maladie, on n'est pas loin de compte ; et, réparties sur douze ou quinze mois, elles ne grèvent pas ce me semble d'un poids excessif le budget même le plus modeste.

Il faut traiter activement les maladies intercurrentes, surtout celles qui sont de nature à produire de la débilitation.

Enfin, au risque de passer pour radoteur, je ne terminerai pas sans répéter que habiter un local froid et humide, abuser du coït, et surtout passer ses nuits à jouer sont, d'après mon observation, les trois causes les plus actives de persistance et d'aggravation de la syphilis.

Les anciens médecins disaient : « Chez certains syphilitiques difficiles à guérir, c'est souvent un fond d'anémie ou de lymphatisme qui rend le mercure impuissant. Tonifiez alors ; commencez par rétablir l'organisme dans ses conditions normales. Puis ce changement une fois opéré, donnez de nouveau le mercure, et vous le verrez réussir là où il avait primitivement échoué. » — Je ne souscris qu'à la première partie de ce dogme. Oui, en cas de besoin, travaillons de notre mieux à l'œuvre de reconstitution. Mais donnons-lui, et autant que possible laissons-lui, la principale part dans la cure. Et, à moins d'indication positive, exemptons ensuite ce malade du mercure. Plus on a eu à lutter contre une dyscrasie débilitante, plus il importe de ménager les doses d'un médicament dont l'effet physiologique tend à aggraver cet état de l'économie.

B. *Traitement local.* — J'en formulerai l'indication en trois mots : On le croyait autrefois nuisible. — Il est toujours utile. — Il est quelquefois nécessaire.

Jusqu'à ces vingt dernières années, l'opinion universelle avait prononcé qu'un traitement général prolongé est indispensable pour *détruire le virus*. Mais prolongé pendant com-

bien de temps?... Là était l'incertitude, car les lésions apparentes une fois effacées, on manquait absolument d'indice pour savoir et pour déterminer quelle durée supplémentaire il fallait donner à l'administration des spécifiques. Et de là était né le précepte suivant, jadis classique: « Ne supprimez pas cet indice; ne cherchez pas à guérir les lésions plus vite que ne le fait l'influence du traitement général. »

Cette pratique bizarre a perdu du terrain. Mais tous les médecins, cependant, n'attachent pas encore au traitement local l'importance qu'il mérite. Non, sous aucun rapport, les lésions de la syphilis ne veulent être respectées. Elles sont incommodes; elles sont compromettantes; quelques-unes sont douloureuses; d'autres entraînent des difformités irrémédiables; celles-ci altèrent la nutrition, celles-là les fonctions reproductrices; enfin, la plupart sont contagieuses. Il est donc indiqué d'en débarrasser le malade le plus tôt possible, et dans ce but, soit qu'on fasse, soit qu'on ne fasse pas de traitement général, de leur opposer des topiques. D'ailleurs, la médication locale, qui toujours a la valeur d'un précieux adjuvant, est parfois la seule ressource efficace qu'on possède contre certaines lésions. Ainsi, les plaques muqueuses de la bouche et notamment celles de l'isthme du gosier s'éternisent, résistent aux doses les plus élevées de mercure: deux ou trois mois de pilules au proto-iodure les laissent subsister ou même progresser! En cet état, l'impuissance d'une influence médicatrice constitutionnelle étant bien constatée, cautérisez-les deux fois de la façon que je décrirai tout à l'heure: elles disparaissent radicalement en huit ou dix jours.

La thérapeutique locale compte un certain nombre d'agents reconnus efficaces; mais comme la manière de les appliquer mérite plus d'attention que le choix à faire entre eux, comme leur emploi varie plutôt selon la région que selon la lésion, je vais en exposer les règles d'après l'ordre topographique, en procédant simplement de haut en bas:

Crâne. — Les croûtes d'acné au cuir chevelu, ne demandent qu'à n'être pas arrachées par le peigne, ou par les ongles qui s'y portent instinctivement, et avec une ténacité parfois invincible.

Si ces croûtes sont larges, épaisses (impétigo, ecthyma, rupia), voici une excellente formule :

N° 40. « En se mettant au lit, étendre sur l'endroit malade une couche de saindoux. Par dessus, mettre un cataplasme de farine de lin. Le couvrir de coton et le fixer de façon à ce qu'il reste en place toute la nuit et conserve sa chaleur.

« Le matin, l'ôter. Détacher doucement, et sans faire saigner, la croûte qui a été ramollie et ébranlée par ce topique. (Si une application semblable ne suffit pas pour permettre de détacher la croûte sans douleur ni saignement, il faut la réitérer une ou plusieurs fois).

« La croûte étant enfin enlevée, frotter la surface malade, deux fois par jour avec un peu de :

Axonge.	30	grammes.
Turbith minéral.	3	»

« S'il y a une ulcération, on pousse jusque dans son fond un peu de charpie enduite de la même pommade.

Les ganglions occipitaux, mastoïdiens ne suppurent que très-exceptionnellement ; s'ils deviennent douloureux, c'est sous l'influence d'un refroidissement ; il faut alors appliquer sur toute cette région un sac à moitié rempli de son, fortement chauffé, qu'on recouvre de coton, et qu'on garde en place toute la nuit. Je n'ai pas à indiquer les opérations et les pansements que nécessiterait la suppuration de ces glandes, causée par le tempérament lymphatique du sujet.

Face. — La prompte disparition des lésions de cette région, même de celles qui sont le plus insignifiantes comme gravité, a une importance que l'on comprend aisément. Sous le rapport de leur impressionnabilité à tel ou tel topique, je divise

les lésions du visage en dyschromateuses, végétantes et ulcérées.

a. Les plaques circinées, bistres qui déflorent les joues, le menton des femmes, les squames de la barbe chez l'homme, sont effacées rapidement par les moyens suivants :

N° 41. — « Frotter, deux ou trois fois par jour les plaques avec

Axonge.	30 grammes.
Turbith minéral.	4 »

« Faire la friction pendant cinq minutes et assez vivement pour qu'elle irrite la peau.

« Si, après quatre frictions, la peau n'est pas devenue rouge, sensible, faire ajouter 1 gramme de turbith jusqu'à ce que cet effet se produise.

« Lorsque l'irritation sera obtenue, cesser les frictions et attendre cinq jours.

« Si, au bout de ce temps, la lésion n'est pas tout à fait effacée, la bassiner plusieurs fois par jour, avec la liqueur de Gowland, et, y appliquer, en se couchant, un morceau de sparadrap de Vigo, qu'on gardera toute la nuit.

« Le matin, après l'avoir ôté, nettoyer la place avec de l'huile d'olives. »

b. Au pli mento-labial et surtout en dehors de l'aile du nez, les lésions prennent souvent la forme de petites végétations mamelonnées. On en a promptement raison en portant, à fond, sur leur circonférence et dans l'intervalle qui existe entre leurs lobes, le bout taillé en pointe d'une allumette trempé dans le nitrate acide de mercure, ou dans une solution, faite à saturation, de chlorure de zinc dans de l'eau. On répète, selon le cas, cet attouchement, deux ou trois fois, à quatre jours d'intervalle.

c. Les ecthymas de la figure donnent souvent autant de peine au médecin que de tourment au client. Je recommande, pour

en venir à bout, la manœuvre qui vient d'être décrite. Mais elle doit varier, selon la période où le mal se trouve lorsqu'on est appelé. Il importe, avant tout, que le caustique touche et touche un certain temps, non pas seulement la superficie de la lésion apparente, mais le fond même et tout le fond de l'ulcère qui la constitue. Si l'ecthyma ne fait que commencer, l'allumette pointue imbibée de caustique et portée profondément. suffit. Mais, au contraire, l'ulcération a-t-elle déjà une certaine étendue? Alors prenez, entre les mors d'une pince, une boulette de charpie; trempez-la dans le caustique, puis, portez-la dans les anfractuosités du fond de l'ulcère, sous ses bords décollés; ne craignez pas d'appuyer; prolongez l'opération pendant une ou deux minutes, en mouillant de nouveau la boulette jusqu'à ce que la surface soit blanchie, et que vous puissiez y appuyer le porte-caustique sans que le malade témoigne de souffrance. Au bout de huit jours, si l'eschare étant détachée quelques parties de la plaie offraient encore l'aspect couenneux, pultacé, renouvelez la cautérisation.

Œil. — Les moyens locaux à employer contre les affections oculaires (collyres, frictions, occlusion, injections hypodermiques, révulsifs) sont un des éléments du traitement général, et leur description appartient plutôt aux ouvrages d'oculistique qu'à un traité de thérapeutique spéciale.

Narines et fosses nasales. — Pour les plaques érythémateuses, exulcéreuses ou ulcéreuses de l'entrée des narines, je prescris :

N° 42. — « Prendre, tous les matins, un bain de la partie, d'un quart d'heure de durée, dans un bol d'eau tiède, pour détremper les croûtes.

« Les détacher alors doucement sans faire saigner (en se mouchant d'un seul doigt, à la façon des gamins de Paris), puis introduire dans la narine un petit tampon (fait en attachant avec un fil un peu de coton autour du bout d'un porte-plume), enduit de la pommade au turbith. Se guider, d'après

la sensation éprouvée, pour le porter, avec précision, sur le ou les endroits malades. Et, quand on sent qu'il y est arrivé, frotter doucement, en *roulant* le tampon au lieu de le *faire tourner sur lui-même.* »

Tout à fait sous le bout du nez, derrière la jonction de l'aile du nez avec la cloison, il y a un petit cul-de-sac (*fosse naviculaire* des narines), qui est le siége de prédilection des lésions syphilitiques. On les y guérit aisément, en prescrivant de :

N° 43. — « Tous les soirs, appliquer *loco dolenti* un petit morceau d'emplâtre de Vigo, de la grosseur d'un grain de blé. L'enfoncer dans la dite cavité en le pressant assez, avec le bout du doigt, pour qu'il reste en place, pendant la nuit. »

Contre la rhinite catarrhale, purulente ou ulcéreuse, accompagnée ou non de formation de croûtes, de saignement, il faut, outre l'emploi de l'iodure :

N° 44. — « Aspirer doucement, matin et soir, par les narines, la vapeur d'une pincée de poudre de cinabre, jetée en plusieurs fois sur une plaque de fer rougie.

« En outre, ou subsidiairement, aspirer par les narines un peu de la solution iodurée ou de liqueur de Labarraque, versée dans le creux de la main, pure ou étendue d'eau. L'aspirer à fond, de manière à la faire revenir par le pharynx et la rendre par la bouche.

« Éviter d'arracher les croûtes soit avec les doigts, soit en se mouchant trop fortement. »

On peut aspirer ou priser trois fois par jour une pincée de :

Lycopode.	āā 8 grammes.
Calomel.	

Enfin, comme auxiliaire du traitement et pour parer à la fétidité qu'engendre cette maladie, on fera des injections d'eau à grand courant, au moyen d'un irrigateur.

Cavité buccale. — Réceptacle le plus commun des lésions

les plus sujettes à récidiver, et à récidiver pendant tout le cours de la maladie, cette cavité mérite l'attention particulière du spécialiste, à un triple titre. Ses lésions sont contagieuses, et en fait, elles contagionnent très-souvent à cause de la part que prennent aux rapports sexuels les organes qui en sont le siége. Elles sont insidieuses, en raison de la profondeur de quelques-unes d'entre elles et de leur situation en dehors des points où l'œil de l'observateur peut atteindre. Enfin, n'étant (quelques-unes du moins) justiciables que de la médication locale, elles en exigent d'autant plus impérieusement l'application exacte, méthodique, réitérée. Divisons-la, pour l'étude, en :

a. *Bouche proprement dite.* — Les plaques muqueuses y sont la lésion la plus fréquente ; et les endroits où on les rencontre ordinairement, où il faut d'abord les chercher, sont : en dedans des lèvres supérieure et inférieure, deux points symétriques, de chaque côté, correspondant aux canines ; les bords et la pointe de la langue ; la commissure labiale (où elles ont la forme de fissure) et un point de la joue, situé immédiatement en arrière de la commissure ; le filet de la langue ; le dos de la langue (vers le milieu, là sous forme de végétations sèches, psoriasis lingual) ; les côtés de la voûte palatine, surtout au-dessus des petites molaires.

Il suffit, pour guérir ces lésions, d'un attouchement avec la boulette de charpie imbibée de nitrate acide de mercure. Mais il le faut prolongé, fait en appuyant sur les points les plus ulcérés, en réimbibant, s'il est nécessaire, la boulette et la réappliquant jusqu'à ce que toute la surface ait blanchi[1]. — Si le client doit s'absenter ou s'il préfère se traiter

[1] Au lieu d'une boulette de charpie, j'emploie avec avantage, pour certains endroits, l'extrémité non phosphorée d'une allumette. Avec cet instrument, qui se trouve partout, on peut appliquer fortement le caustique sans craindre que, en appuyant, on ne le fasse couler sur les parties voisines comme lorsqu'on se sert de la boulette. Taillé en pointe ou à plat, il peut s'insinuer partout, attaquer les fissures les plus étroites ; lui seul permet de cautériser efficacement le

lui-même, je mets à sa disposition un caustique moins énergique, le suivant :

N° 45. — « Trois jours de suite, toucher les endroits malades avec un pinceau mouillé de :

Eau distillée.	15	grammes.
Alcool.	2	»
Sublimé.	1	»

« Bien égoutter le pinceau sur le bord du flacon, avant de s'en servir. »

Il est un état de la langue, peu décrit quoique assez commun, et qui mérite une mention, en raison de l'incommodité qu'il cause et de sa résistance aux remèdes. Il attaque les bords et la face dorsale de cet organe, et en convertit les plis naturels en autant d'ulcères superficiels à forme de fissures. Ces ulcères, par l'inflammation qu'ils produisent, déterminent la tuméfaction des saillies qui, à l'état normal, constituent les bords des plis. Aussi, les petits ulcères étant douloureux et les petites tumeurs gênantes par leur volume, il en résulte, quand la maladie occupe une certaine étendue et affecte une certaine intensité, que le moindre contact soit de la langue, soit exercé sur la langue, cause de la souffrance; la prononciation est altérée, le timbre de la voix rauque et sourd.

Contre cet état extrêmement pénible, j'emploie avec quelque avantage (car je ne me flatte pas de toujours le guérir), les moyens suivants :

N° 46. — « Tous les deux jours, toucher le fond de toutes les fentes ulcérées, avec le bout taillé à plat d'une allumette, trempé dans la solution de sublimé (*voy.* ci-dessus, n° 45).

bord décollé des gencives, en le prenant à revers, et surtout les ulcères si fréquents d'une partie de gencive qui recouvre la dernière dent. En faisant subir à l'allumette une *fracture incomplète*, on lui donne et elle garde la forme d'un crochet, et son bout imprégné de caustique peut ainsi être porté perpendiculairement sur les végétations du dos de la langue, qu'il importe de cautériser avec un instrument qui, au lieu de glisser à leur surface, pénètre entre leurs mamelons

« Tenir presque continuellement dans la bouche, soit un morceau de gomme, soit une gorgée de décoction de guimauve et de tête de pavot.

« Éviter de boire et de manger rien de trop chaud (potage et café) rien de trop salé, acide, alcoolique, épicé.

« S'abstenir de *déguster*, et surtout de *fumer* (prescription de rigueur, ce mal affectant de préférence les syphilitiques forts fumeurs).

D'ailleurs, toute cause simplement irritante peut, sur les syphilitiques, provoquer aux points où elle agit le retour des plaques muqueuses. Ainsi, il n'est pas rare de voir ces plaques récidiver ou persister sur des endroits du bord de la langue qui se trouvent en contact avec des aspérités de dents cassées ou déviées. Tout autre accident syphilitique a cessé depuis longtemps ; celui-là subsiste seul. Prodiguez le mercure ou les cautérisations : rien n'y fera. Aplanissez la saillie qui irrite mécaniquement : la lésion disparaîtra dès lors, sans retour.

b. *Isthme du gosier*. — Rendez-vous spécial des plaques muqueuses. S'il n'y en a qu'une sur tout le corps, c'est là que vous la trouverez ; et, bien rarement, une vérole se termine sans qu'il y en ait eu, et récidivé, sur la face interne des amygdales. Mais la région est profonde ; elle est sillonnée, à l'état normal, de plis, creusée de cavités qui en rendent l'exploration difficile. De plus, dès qu'on veut y regarder, la langue s'élève instinctivement et en masque la surface. De là, l'importance des règles que je vais tracer pour faire l'exploration de l'arrière-bouche.

Le malade étant assis sur une chaise basse, en face du jour, sa tête laissée entièrement mobile, abaissez la langue avec le manche d'une cuillère; mais, au lieu de porter d'emblée, comme il est usuel, ce manche le plus en arrière possible, appuyez-le d'abord sur le *tiers antérieur* de la la langue, et, l'organe étant ainsi assujéti, refoulez-le en arrière. (Par ce

simple changement de manœuvre, vous évitez les spasmes et nausées, qui rendent l'examen si difficile pour vous, si pénible pour le patient.) — Pour mieux découvrir certains points qui se dérobent à la vue, tirez fortement en dehors la commissure labiale du côté opposé, la droite, si c'est l'amygdale gauche que vous voulez voir. — La face interne des amygdales, chez certains sujets, regarde directement en dedans, quelquefois même en dedans et un peu en arrière; pour l'apercevoir, pressez directement d'avant en arrière avec le bout de l'indicateur en dehors du pilier antérieur; vous faites ainsi basculer l'amygdale et amenez sous votre rayon visuel sa face interne, qui se soustrayait à l'examen. —Beaucoup de lésions se cachent, tout à fait en haut de la loge amygdalienne ou derrière le pilier postérieur. Demandez au malade d'inspirer brusquement avec force, en ouvrant largement la bouche; l'isthme du gosier exécute alors synergiquement le même mouvement d'ampliation que l'orifice buccal; et cet artifice vous découvre des régions inaccessibles, sans lui, à vos regards. — Parfois le malade accuse une douleur, vous indique le côté où il souffre, et cependant vous ne pouvez rien y apercevoir. Alors je porte le bout du doigt profondément, je l'appuie intentionnellement sur l'endroit désigné, et, après l'avoir retiré, je demande : « Est-ce bien là que je vous ai fait souffrir? » Mais comme ces parties sont très-sensibles, à l'état normal, je ne me prononce pas sur l'existence d'une lésion sans avoir exécuté la même manœuvre du côté sain et avoir constaté qu'elle n'y éveille, cette fois, aucune douleur.

L'endroit malade étant découvert, pendant que de la main gauche armée d'une cuillère vous tenez la langue abaissée, portez vivement sur la lésion le tampon caustique (bien exprimé). Suivant la sensibilité parfois excessive des malades, ceci doit être fait à la volée, comme par surprise; ou bien, si l'on trouve un sujet plus tolérant, on maintient le caustique en contact pendant 4 ou 5 secondes. Aussitôt après,

commence une douleur d'abord obtuse, mais qui va en augmentant pendant près d'un quart d'heure, puis diminue mais persiste une partie de la journée. Deux fois, en trente ans (et chez deux étudiants en médecine) j'ai vu la cautérisation de l'arrière-bouche (faite cependant comme à l'ordinaire), être immédiatement suivie de suffocation, avec sensation angoissante de constriction aux attaches du diaphragme; cet accident d'une durée et d'une intensité inquiétantes fut calmé par l'ingestion longtemps continuée d'eau glacée et de morceaux de glace.

Malgré la douleur qu'elle cause, cette cautérisation est le remède par excellence des plaques muqueuses, toujours si tenaces, du gosier. Répétées deux, au plus trois fois, à 4 ou 5 jours d'intervalle, elle en opère à coup sûr la guérison, *si le malade ne fume pas*:

Plus d'une fois, sentant parfaitement avec le doigt un endroit douloureux, mais ne pouvant, vu sa profondeur, le voir, je l'ai cautérisé avec la pulpe de mon doigt, d'abord collodionné, puis trempé dans le caustique.

De même aux malades qui appréhendent la cautérisation, je prescris :

N° 47. — « Tous les matins, porter de chaque côté du gosier le bout du doigt mouillé, puis trempé dans :

Poudre de lycopode.	} aa 8 grammes.
» de calomel.	

Mêlez.

« Et dans la journée, se gargariser deux ou trois fois, avec une gorgée de

Eau distillée.	350 grammes.
Sublimé.	15 centigrammes[1].
Alcool de menthe.	10 grammes.

Mêlez.

[1] Il importe de ne pas dépasser cette dose. Une solution plus concentrée noir-

c. *Pharynx.* — Les ulcères profonds, assez fréquents sur la face postérieure du pharynx, se guérissent promptement en y *éteignant*, l'une après l'autre, deux boulettes de charpie bien imprégnées de nitrate acide de mercure.

On devine quelquefois, à la rougeur et à la tuméfaction du voile palatin, localisées en un point, qu'il existe sur sa face postérieure une ulcération dans l'endroit correspondant à la rougeur de sa face antérieure. Alors saisissez, à angle droit, au bout d'une pince à pansement, un fragment d'allumette long de un centimètre. Imbibez-le de caustique, et portez-le derrière le voile palatin.

Larynx. — Les affections syphilitiques du larynx sont justiciables, pour leur diagnostic et la thérapeutique locale qu'elles réclament, des procédés de la laryngoscopie. Cependant la dysphonie, qui se déclare assez souvent vers le sixième mois de la syphilis, cède bien plutôt à un traitement interne qu'à l'emploi des topiques ; ce qui autorise à penser que, dans la plupart des cas au moins, elle provient plutôt d'une lésion de l'innervation que d'altérations matérielles. On guérit presque toujours cette dysphonie par l'administration, durant 4 ou 5 semaines, du proto-iodure hydrargyrique : mais il est parfois nécessaire d'en élever jusqu'à 15 centigr. la dose quotidienne.

Tronc et membres. — Ces lésions occupant, en général, des points que cachent les vêtements, peuvent être laissées sans moyens directs de répression. S'il en vient de visibles, au cou, aux poignets par exemple, on les traite comme celles de la face. Si elles sont très-étendues, deux fumigations de cinnabre par semaine en hâtent la disparition. J'ai souvenir d'un conscrit, couvert de syphilides maculeuses, qui devant passer prochainement devant le conseil de révision, fut habillé par

cit les dents, qu'on ne peut plus, alors, rendre à leur blancheur première qu'avec de l'acide chlorhydrique très-dilué, au prix, par conséquent, de la perte d'une partie de l'émail.

Ricord d'une sorte de *pantalon de Vigo ;* réminiscence opportune de la manière dont Serres et Gariel appliquaient leur méthode *ectrotique* de traitement de la variole.

Les lésions ulcéreuses seront traitées comme celles de la face.

Mains. — Presque toute la pathologie spéciale de cette région est dans l'affection squameuse qui attaque la face palmaire de la main et des doigts ; affection fréquente, tenace, sujette à récidive, et qui parfois, et en dépit des traitements les plus actifs, survit à la maladie éteinte depuis longtemps partout ailleurs.

Deux causes lui donnent sa gravité spéciale : d'abord l'épaisseur et la sécheresse de l'épiderme palmaire, obstacle à l'action locale des remèdes ; puis la pression et les mouvements que cette partie subit par l'effet du travail journalier et des habitudes. Ainsi les squames s'observent surtout chez les personnes qui manient un corps dur, les repasseuses, les chapeliers, les cochers. Ainsi, on ne les voit persister qu'à celle des deux mains qui a à *empoigner* ces corps. Ainsi, il suffit d'obtenir la cessation de ce travail ou de ces habitudes, d'engager, par exemple, un client à ne plus porter de canne, pour que les squames cessent de se reproduire. Ce qui prouve surtout l'influence pathogénique des mouvements, c'est que l'on ne voit guère les squames siéger que sur les plis normaux de la région : ceci est surtout remarquable aux doigts. — Ajoutez à ces causes la presque irrésistible propension que tous les malades ont à porter incessamment les ongles sur ces plaques pour en arracher les lambeaux épidermiques encore adhérents, et à couper avec un canif la *peau morte.*

Faisant bénéficier la thérapeutique de ces observations, je prescris :

N° 48. — « Une ou deux fois par jour prendre un bain des mains, d'un quart d'heure de durée, dans :

Eau.	1 litre.
Sublimé.	1 gramme.

« En en sortant, frotter les plaques avec un peu de :

Axonge.	36 grammes.
Bi-iodure hydrargyrique..	1 «

« Faire ces frictions assez vivement pour que, au bout de 2 ou 3 jours, elles aient irrité la peau. Quand cet effet se sera produit, cesser les frictions (on les recommencerait de la même manière, mais en les continuant cette fois plus longtemps, si. 15 jours après les avoir cessées, la guérison n'était pas ou complète ou très-avancée.)

« Ne pas manier habituellement de corps durs. — Tenir du bout des doigts ceux dont on est forcé de faire usage.

« Éviter de couper, gratter, écorcher les parties malades. Pour mieux vaincre cette tentation, s'assujettir à porter continuellement des gants de fil. »

Si l'on préfère une action plus lente, on emploie la pommade au turbith ou l'onguent citrin. — Quelques sujets *ne peuvent pas* s'abstenir de gratter, de tenir quelque chose dans la main. Je leur donne alors à pétrir un peu de :

Mastic de vitrier.	30 grammes.
Sublimé.	5 décigrammes.

en leur recommandant de le presser principalement sur les points malades.

Les bandelettes de sparadrap de Vigo tenues pendant la nuit réussissent surtout quand le mal siége aux doigts, où il est aisé de serrer un peu, ce qui, en rendant le contact du remède suffisamment intime, en assure l'action.

Parfois, mais toujours après le bain préalable, on se trouve bien de faire une fumigation de poudre de cinnabre. On l'exécute commodément chez soi, en versant la poudre mercurielle sur la plaque chauffée au rouge sombre d'un fourneau de cuisine et en tenant étendues au-dessus de cette plaque les mains recouvertes d'une flanelle, afin de concentrer la vapeur qui se dégage.

Lorsque l'épiderme qui forme les écailles est très-sec et très-épais, et que je ne puis l'humecter assez pour le rendre perméable au remède qui doit agir sur la partie malade sous-jacente, j'enlève cet épiderme au moyen d'un vésicatoire. On place autant de petits vésicatoires qu'il y a de plaques rebelles : on les fixe avec une bande ou des bandelettes ; et quand ils ont mis à nu le derme, on panse avec l'une des pommades mercurielles désignées ci-dessus.

Si la lésion initiale, au lieu d'être une squame, était une pustule, il en résulte ultérieurement des fissures, qu'on panse avec la pommade ou que, pour abréger, on touche au nitrate acide. — Quelquefois il n'apparaît, au premier coup d'œil, qu'une squame, mais en regardant bien, on découvre, à son centre, un point plus brun, légèrement déprimé ; c'est l'orifice persistant de la pustule initiale. Enfoncez-y avec force, à fond, une allumette taillée en fine pointe et humectée du caustique, enfoncez-la sans vous laisser arrêter par la douleur ni la résistance du malade. Parvenu au fond, appuyez en tournant ; l'opéré réclame de plus belle ; mais c'est fini, et vous pouvez lui promettre dès à présent la guérison... de cette plaque-là.

Les squames de la pulpe des doigts et les onyxis sèches, étant particulièrement exposées aux causes d'irritation vulgaire, sont particulièrement difficiles à guérir. J'ai, pour ces cas, la prescription suivante :

N° 49. — « Pétrissez un peu d'emplâtre de Vigo avec de l'huile d'olives en quantité suffisante pour qu'il en résulte une bouillie peu épaisse. Coulez quelques gouttes de cette bouillie dans le fond d'un doigt de gant en peau.

« En vous couchant, enfoncez votre doigt malade dans le gant ainsi garni : le lendemain matin, nettoyez avec de l'huile. »

Je rappelle que les pilules au bi-chlorure sont plus efficaces, dans ce cas, que le proto-iodure.

Quand il y a un ulcère péri-unguéal, ou si l'ongle tombé laisse à sa place une large ulcération, le pansement avec une

solution au 20me de nitrate d'argent a des effets vraiment merveilleux. J'ai guéri ainsi, en quinze jours, des doigts « qu'on avait pris jour pour amputer! » Mais le pansement doit être répété 2 ou 3 fois par jour et fait avec le plus grand soin. Les faisceaux de charpie, imbibés du caustique, doivent être *minces* et *courts*, afin de pouvoir être enfoncés *sous* le bord décollé de l'ulcère; (s'ils sont trop longs, à mesure qu'on enfonce dans la fente une de leurs extrémités, l'autre en sort.) Il faut aussi varier le degré de concentration du liquide, et cela non-seulement chez les divers sujets selon leur degré de sensibilité, mais chez le même sujet progressivement, afin d'éviter l'accoutumance.

Pied. — Rien de différent d'avec ce qui concerne la main, si ce n'est la plaque muqueuse interdigitale, qu'on distingue d'avec le cor de la même région en ce que celui-ci exhale la mauvaise odeur spéciale de chaque individu, tandis que la plaque muqueuse a sa fétidité *sui generis*. On les guérit rapidement en interposant, trois fois par jour, entre les orteils de la charpie enduite de pommade au turbith.

Il faut aussi distinguer les squames plantaires des callosités que produisent la chaussure et la marche. Ces dernières sont indolentes, sans rougeur ambiante ; la syphilide cornée plantaire, au contraire, n'existe pas sans un peu d'inflammation.

Région ano-génitale. — Les plaques muqueuses y abondent, surtout à l'anus et à la vulve. Une médication infaillible autant qu'expéditive est celle que nous devons à Ricord :

N° 50. — « Deux fois par jour, bassiner les parties malades avec une boulette de charpie, mouillée de :

Liqueur de Labarraque.. . . . . 60 grammes [1].

[1] Il faut que la solution chlorurée soit assez concentrée pour produire une cuisson légère, mais sensible, pour *mordre* un peu; en se conformant à cette indication, le traitement réalise à la lettre le *citò et jucundè*.

« (Il faut la porter à plusieurs reprises et exactement jusqu'au fond des plis de la région.)

« Immédiatement après cette lotion appliquer avec le bout du doigt ou avec un pinceau sur les endroits où elle vient d'être faite un peu de :

Poudre de calomel. . . . . 15 grammes.

Cette formule, véritable trésor, m'a valu, et vaudra à tous des succès remarquables. En la remettant au malade, promettez-lui sa guérison à huitaine au plus tard. C'est Ricord qui garantit; et, quelque superflu que cela soit, bien volontiers je contresigne.

Les cautérisations, les frictions avec la pommade au turbith, les tamponnements du vagin, les applications de charpie dans le repli balano-préputial, suggèrent les mêmes indications, motivent les mêmes règles que celles détaillées ci-dessus.

Parfois, M. A. Fournier l'a noté, il existe à la verge, comme lésions secondaires, de véritables ulcères indurés. Ce n'est que par les commémoratifs et les concomitants qu'on peut les distinguer d'une autre lésion toute spéciale, c'est-à-dire des chancres primitifs qui proviennent d'une réinfection (chancroïdes). Les uns comme les autres manquent de l'adénopathie qui accompagne constamment le chancre initial d'une première infection. — Le pansement à appliquer est le même pour ces différents cas. — Le chancroïde, bien entendu, ne nécessite jamais de traitement général, car il n'est que très-rarement suivi d'accidents secondaires.

A l'anus, il semblerait que l'érosion syphilitique doive engendrer les symptômes, les incommodités caractéristiques de la *fissure*. Il n'en est rien cependant : l'érosion syphilitique de la marge de l'anus guérit habituellement en huit jours, par les lotions chlorurées suivies de l'application de calomel. Et ce n'est que bien rarement qu'on voit, chez un syphiliti-

que, à l'occasion de lésions secondaires à l'anus, apparaître le cortége des symptômes classiques de la fissure. Lorsque cela a lieu — et il y faut, je crois, une prédisposition — guérissez d'abord par les moyens spécifiques ce qu'il y a dans le mal de spécifique ; puis traitez la fissure comme si elle existait chez un sujet sain.

Les lésions ulcéreuses de l'orifice anal exigent un pansement régulier avec un peu de charpie portée soigneusement au fond de chaque fente. Il faut en même temps user de laxatifs donnés tous les deux jours, afin que jamais un cylindre stercoral consistant ne vienne agrandir l'ulcère ou déchirer la cicatrice qui était en voie de formation.

§ 6. — *La syphilis est devenue tertiaire.*

Jamais l'adage *mieux vaut prévenir que guérir* n'eut plus qu'ici besoin d'être rappelé aux praticiens ; car ce n'est point entre prévenir et guérir, mais seulement entre prévenir et *traiter* que, à cette phase de la maladie, le choix lui est offert.

Cette vérole-diathèse, si souvent rebelle à nos moyens les plus actifs, il s'agit donc surtout de l'empêcher de s'établir ; il faut la détourner, et pour pouvoir la détourner, il faut la prévoir à temps.

Or, par quels signes s'annonce-t-elle ?

Assurément, il ne suffit pas que l'état secondaire se prolonge au-delà du terme habituel pour qu'on doive craindre de le voir dégénérer en tertiaire. Néanmoins cette circonstance est déjà un élément de pronostic, une raison pour redoubler de vigilance.

Les lésions tégumentaires deviennent-elles, sur les bras, tuberculeuses? aux jambes, pustuleuses? Survient-il dans le dos de larges papules? L'onyxis s'invétère-t-elle de manière à amener la chute de l'ongle ? Les plaques muqueuses buc-

cales affectent-elles la forme ulcéreuse?... Lisez là un premier avertissement.

Si le mal dépasse les téguments, si j'observe la dysphonie, l'iritis, une rhinite purulente, quelques contractures, l'avertissement devient plus significatif.

Enfin, même existant à un léger degré d'intensité, la diminution de l'appétence ou de la vigueur génitales, l'anamnésie, l'insomnie, une céphalée de quelque persistance, la sensibilité du sternum, du tibia, du cubitus aux pressions, ne sont plus seulement une menace, mais un avant-coureur : c'est le *grain* qui précède l'orage.

En face de ces présages que doit faire le praticien?

Doublera-t-il la dose et augmentera-t-il l'énergie et la durée des médications mercurielles?... Illusoire ressource, qu'on est bien forcé quelquefois d'employer pour dégager sa responsabilité vis-à-vis du client ou de sa famille, mais dont l'impuissance égale au moins le crédit. Si vous en venez là toutefois, si vous faites ce sacrifice à l'opinion publique, veillez du moins, veillez bien à ce que le soi-disant *préventif* ne soit jamais porté au point de compromettre les forces de l'organisme soit par son action irritante sur le tube digestif, soit par son action anémiante directe.

Ce n'est que sur ces forces, en effet, qu'on doit compter pour neutraliser le tertiarisme en germe. Au lieu de vous borner à doubler la dose des pilules, rappelez-vous donc alors que, avant d'être spécialiste, vous êtes médecin. Prenez la peine d'étudier le cas, surtout d'étudier le client; scrutez non-seulement sa constitution, mais son genre d'habitation, sa profession, ses habitudes et ses plaisirs, son régime, sa vie tout entière en un mot. Sachez quelles épreuves récentes l'ont peut-être traversée; quelles privations cet homme s'est condamné à subir; à quelle sorte d'excès il s'abandonne; de quelles autres maladies il a précédemment souffert? Puis, la cause connue, prescrivez le changement, la réforme nécessaire;

et si l'on résiste, n'hésitez pas à laisser pressentir plus ou moins clairement, selon le tempérament moral du sujet, ce que vous appréhendez dans le cas où l'on n'obtempérerait pas à vos conseils. (Je préciserai tout à l'heure ces indications essentielles).

Mais enfin l'état tertiaire existe. Que lui opposer?

Quoi?... En fait de remèdes, l'iode c'est-à-dire les iodures alcalins, ou, comme l'usage a fait le mot, l'*iodure*.

L'iodure est un vrai spécifique. Ne cherchons pas comment il agit sur l'organisme : il fait cesser le mal, cela doit nous suffire.

Veux-je dire par là qu'il éteint la syphilis à coup sûr et pour toujours; que, après un traitement par l'iode, le malade est à l'abri des récidives? Non, malheureusement, il n'en est pas ainsi, et comme du mercure, on peut, avec l'un des vieux contemporains de la vérole, dire de lui : *magis inducias facit quam pacem.*

Toutefois, dans beaucoup de cas, l'iode, malgré sa trop réelle qualité de palliatif, concourt à opérer la guérison. En effet, pour la tertiaire comme pour la secondaire, ce qui reconstitue l'organisme est le meilleur élément d'une cure radicale que nous ayions à notre disposition. Or l'iode mérite, à tous égards, le titre de reconstituant. D'abord il n'agit pas physiologiquement dans le sens opposé ; ce qu'on reproche à juste titre au mercure. Puis il est certaines lésions tertiaires, soit viscérales, soit osseuses, soit nerveuses qui, en entravant la digestion, l'hématose, les sécrétions, en condamnant les malades à l'inaction, en les mettant hors de la vie sociale, exercent une influence débilitante sur toute l'économie. Eh bien! le remède qui, même sans détruire ces lésions, les maintient à un degré compatible avec le jeu de la fonction, rétablit par cela seul la vie nutritive du sujet dans ses conditions normales.

A un point de vue plus général, la vertu de l'iode contre les lésions tertiaires se manifeste par trois effets qu'on demanderait en vain au mercure dans sa sphère d'action, c'est-à-dire contre les lésions secondaires : 1° Il a prise sur *tous* les accidents de la période tertiaire; il calme les douleurs, fond les gommes, dompte les paralysies, tarit les flux, ferme les ulcères, 2° cette propriété, en général, ne s'épuise point par l'accoutumance : elle se retrouve intacte à chaque retour des accidents quels qu'ils soient, que ces accidents soient identiques à ceux que l'iodure a déjà vaincus, ou nouveaux, 3° Enfin, tant qu'un tertiaire continue à prendre de l'iode, il est ordinairement à l'abri des récidives. Souvent il lui faut acheter la santé à ce prix ; mais enfin en la payant, il l'a — ce que ne donne pas le mercure.

Ajoutons que l'iodure est parfaitement toléré soit par le tube digestif, soit par l'économie en général ; que les accidents auxquels il peut donner lieu sont rares, sans gravité et cessent rapidement par le seul effet de la suspension du remède[1].

Ajoutons surtout que, grâce à sa rapidité d'absorption, l'iodure agit, — et agit efficacement, — sans retard, en très-peu de jours ; que, par conséquent, lorsqu'on lui soumet l'arbitrage d'un cas douteux, lorsqu'on lui demande de prononcer si une lésion donnée est syphilitique oui ou non, son langage alors est aussi prompt que décisif.

[1] Les accidents auquel l'emploi de l'iode expose sont : le coryza, la conjonctivite, une forme particulière, mais simplement érythémateuse, de stomatite et d'angine, une éruption d'acnés miliaires, apparaissant surtout au front et vers le pli naso-jugal. Si l'on a méconnu l'avertissement que donnent ces accidents, il peut, à un degré plus avancé de saturation de l'organisme, survenir l'*ébriété iodique*, congestion passagère, mais méritant d'être surveillée, des centres nerveux. — L'expérience n'a pas confirmé l'existence de l'*iodisme*, état de consomption lente, attribué par quelques auteurs à l'emploi prolongé de l'iode à petites doses. Mais il faut avoir l'œil sur l'atrophie des testicules et des glandes mammaires, qui suit quelquefois l'administration de ce médicament, même à doses modérées.

Notons encore que l'iode est le seul agent qui ait réellement prise sur les vrais accidents tertiaires.

Enfin comme les lésions qui appartiennent à cette phase sont pour la plupart très-douloureuses pour les mouvements de la région, pour les fonctions de l'appareil organique envahi, comme elles s'attaquent aux sources mêmes de la vie et que bien peu d'entre elles, contrairement aux lésions secondaires, guérissent spontanément, on comprend que la confiance publique ait élevé la réputation du remède à la hauteur des services qu'il rend ostensiblement tous les jours, qu'elle l'ait par conséquent placé bien au-dessus du mercure.

De ce parallèle, tout à l'avantage de l'iode, je ne conclus point, à l'instar de certains malades et même, de certains confrères, qu'il faut *le préférer au mercure*. Non : chacun de ces deux remèdes a son utilité bien distincte. Sans doute, le praticien est en droit de se féliciter quand, par la nature du cas, c'est l'iodure qui se trouve être indiqué ; car il peut alors se promettre un succès plus rapide et moins chèrement acheté. Mais ce n'est pas là une raison pour méconnaître les notions précises qui nous montrent tantôt le mercure et tantôt l'iode appropriés spécialement contre telles formes ou telles phases de la maladie, et surtout pour ordonner ce dernier, comme je l'ai vu faire si souvent, par ce seul motif « qu'il est plus doux que le mercure. »

L'emploi thérapeutique de l'iode se fait à peu près de la même manière que celui du mercure, quant aux doses du remède, à la durée, aux suspensions et aux reprises de la médication. Je puis cependant, d'après mon expérience, tracer à cet égard quelques règles plus précises :

J'administre l'iode selon quatre modes principaux, répondant chacun à une intention distincte, dictée par la nature du cas : Traitement par extinction ; traitement progressif ; traitement permanent et traitement probatoire.

Traitement par extinction. — Une syphilis tertiaire d'intensité moyenne se présente ; le cas est récent et n'a pas encore été traité par l'iode. Il s'agit, je suppose, d'ecthymas ulcérés du bas des jambes, de nodus de la région cubitale, d'une rhinite purulente. J'ordonne alors 1 gramme par jour d'iodure de potassium en deux doses, à prendre matin et soir. — Au bout d'une semaine, s'il y a eu effet favorable, et si cet effet va en augmentant, je continue à la même dose. Si, au contraire, l'amélioration a été nulle ou insignifiante, ou bien si après s'être d'abord manifestée elle ne continue pas, je double, et s'il le faut, je triple (au bout de huit autres jours) la quantité du remède. Rarement, j'ai besoin d'aller au-delà. — Après deux mois environ, j'interromps pendant une semaine la médication, et si alors tout n'est pas guéri, ou en voie de guérison, je la reprends en administrant d'abord la dose initiale. (Tout ceci, sauf les suspensions que peut nécessiter l'intolérance de l'organisme pour le médicament).

Traitement progressif. — Supposons les mêmes ecthymas à l'état de récidive ; supposons un cas plus grave, des gommes tendant visiblement à l'ulcération ou siégeant dans un organe essentiel, des douleurs ostéocopes torturantes, une exostose comprimant la moelle : il y a péril, donc il y a urgence, et voici comment je procède :

N° 51. — Boire, matin et soir, un verre d'eau avec une cuillerée à bouche de ;

Eau distillée.	500	grammes.
Iodure de potassium.	18	»

« Tous les cinq jours, augmenter chaque dose d'une cuillerée et continuer ainsi jusqu'à ce qu'on soit arrivé à en prendre cinq le matin et cinq le soir. Continuer à cette dose pendant un mois, puis diminuer le remède selon la même gradation. »

Peu de lésions tertiaires résistent à un traitement ainsi dirigé. Si les accidents sont plutôt tenaces que dangereux, s'ils portent sur un système organique où les actes vitaux s'accomplissent plus lentement, sur le système glandulaire, fibreux, osseux, on doit suivre une progression moins rapide ; ce qui s'obtiendra soit en n'élevant la dose que tous les huit jours, soit en spécifiant que l'augmentation prescrite tous les cinq jours, portera alternativement sur la dose du matin, puis sur celle du soir.

Il va sans dire que la quantité désignée ci-dessus comme *maximum* peut et devra quelquefois être dépassée. Parfois il faut aller jusqu'à 10 ou 12 grammes par jour pour trouver la dose thérapeutiquement agissante. On le peut, d'ailleurs, impunément. J'ai, en 1848, publié l'observation d'un de mes malades qui put sans accidents prendre 36 grammes par jour d'iodure, pendant plus d'un mois ; et depuis lors, j'ai appris qu'on a fait mieux encore !

Traitement permanent. — L'iode guérit presque toujours et presque toutes les lésions tertiaires ; mais, chez beaucoup de sujets, la guérison ne persiste que pendant qu'on en prend. D'autre part, quand un tertiaire a pris de l'iode assez longtemps et à assez haute dose pour être délivré de ses accidents, et que l'ayant cessé, il a vu ensuite ces accidents revenir (cas malheureusement fréquent) il n'y a qu'une chose à faire : reprendre de l'iode.

Or, on peut en reprendre de deux manières : soit tout de suite, d'avance, immédiatement après le traitement principal, en vue de maintenir, pendant longtemps, une faible imprégnation de l'organisme par le médicament ; soit en désarmant après le traitement principal, mais en se tenant à l'affût des récidives du mal pour leur opposer à temps, de bonne heure, un cours ioduré efficace.

Pour tirer de la première méthode tout le parti qu'elle com-

porte, on doit profiter du moment où un traitement curatif sérieux par l'iode vient d'être terminé. Et, partant de ce principe admis en thérapeutique, qu'il faut moins du même remède pour continuer un effet médicateur qu'il n'en a fallu pour obtenir cet effet, on administre, tous les deux ou trois jours, 5 décigrammes ou 1 gramme d'iodure, le matin. On peut, dans le même but, faire usage au repas, de l'eau gazeuse iodo-ferrée, dont j'ai déjà parlé. — Ce traitement, d'ailleurs, n'impose absolument aucune modification aux habitudes, occupations et régime ordinaires. J'ai obtenu d'excellents effets de cette manière de faire. Mais il faut, de part et d'autre, médecin et client, patience et persévérance, si l'on veut arriver à un résultat. Les malheureux tertiaires ne comprennent pas toujours l'importance d'un traitement prolongé. Mais je la connais, moi, et je me mets à leur place. Je me rappelle, alors que *l'homme ne vit pas seulement de pain*, et je les fais vivre d'iodure six, huit mois, un an et plus.

La seconde méthode repose sur ce fait réel, que l'iode est inapte, il est vrai, à prévenir les récidives, mais qu'il les guérit toujours; de telle manière que, employé à temps, il les détruit dans leur germe. C'est donc quand la récidive est en germe, au moment où elle est sur le point de se traduire par des désordres apparents, qu'il importe de la traiter. En agissant ainsi, on en conjure sinon tous les effets, du moins les conséquences graves.

Il faut, par conséquent, apprendre à deviner, à pressentir les récidives.

Or, chez un tertiaire, chaque récidive a : 1° une cause occasionnelle, et 2° des signes avant-coureurs.

Basé sur ces données, voici donc mon conseil. Sans doute un tertiaire doit, autant que possible, observer les règles de l'hygiène. Mais lorsque, involontairement ou non, une infraction à ces règles a eu lieu, qu'il se mette en garde contre les conséquences. A-t-il subi un refroidissement, par exemple,

ou des émotions pénibles? A-t-il fait un excès de travail, passé des nuits, sacrifié outre mesure à Bacchus ou à sa congénère? A-t-il changé de climat, d'habitude, de résidence, de profession, et changé en mal? Est-il sous l'impression débilitante d'accès de fièvre intermittente, de chlorose, de dyspepsie, d'anémie?... Ce sont là, nous le savons, tout autant de causes de récidive. Eh bien! prendre en ce cas, un gramme d'iodure par jour, pendant un mois, est un parti d'autant plus prudent qu'il est entièrement inoffensif. Et un tertiaire bien avisé n'attendra pas pour s'y décider que son médecin le lui prescrive.

Mais à cela ne se borne pas la *règle de vie* que j'ai à lui tracer. En même temps qu'il veille sur les causes, qu'il soit attentif à leurs moindres effets, surtout à leurs premiers effets. Après que les influences précitées ont agi ou sans qu'il se soit douté d'y avoir été soumis, sent-il une sorte de dépression générale mal définissable, une diminution de la sensation normale de force et de bien-être? Éprouve-t-il quelques élancements, soit dans d'anciennes cicatrices d'acthyma, soit dans les parties du squelette qui sont le siége de prédilection des jetées tertiaires (tibia, cubitus, sternum, clavicule, humérus)? Le sommeil devient-il plus léger, la mémoire moins sûre? A-t-il moins de confiance en lui-même pour les travaux de cabinet, pour une discussion un peu abstraite, pour les épreuves du lit conjugal?... Eh bien! ces diverses *infériorités* sont des avertissements à ne pas négliger. On les reconnaîtra d'autant mieux, d'autant plus vite qu'on les aura déjà éprouvées comme prélude d'une précédente poussée tertiaire. Dans ce cas, la récidive n'est pas seulement possible: elle est imminente. Sans plus attendre, prenez l'iodure; prenez-le à la dose d'un gramme et demi ou deux grammes par jour; et continuez cette médication non-seulement jusqu'à ce que les indices notés ci-dessus aient cessé, mais pendant quelque temps encore après leur disparition, c'est-à-dire pendant un mois environ en plus.

Traitement probatoire. — En présence d'une lésion douteuse, on est assez tenté, pour peu que l'apparence du mal prête à cette interprétation, d'essayer contre elle le pouvoir des antisyphilitiques. Et comme les lésions tertiaires n'ont pas toujours des caractères objectifs pathognomoniques aussi bien tranchés que les secondaires ; comme elles occupent souvent un siége profond, inexplorable, on comprend que c'est à l'iodure bien plus qu'au mercure que, dans la pratique, on a l'occasion de s'adresser pour servir de pierre de touche.

En pareil cas, voici quelques règles propres à éclairer la conduite à tenir :

Souvent un client affirme qu'il n'a pas eu d'accidents vénériens... N'en tentez pas moins l'épreuve thérapeutique : *omnis æger mendax.* Que de gens en pleine vérole vous déclarent n'avoir jamais eu de chancres !

Même défiance et même conduite à l'égard de ceux qui vous disent : « J'ai déjà fait un traitement antisyphilitique contre ma maladie actuelle et je l'ai fait sans succès. »

Choisissez, pour commencer l'épreuve, un moment où le mal soit dans toute sa force. Ceci s'applique surtout à celles des douleurs qui ne reviennent que de temps en temps.

Quand il s'agit de l'employer ainsi, assurez-vous bien de la pureté de l'iodure ; prenez sur vous, pour ce cas, d'indiquer un pharmacien. Donnez le remède à pleine dose ; un d'abord, et au bout de trois jours, deux, puis trois et quatre grammes par jour.

Veillez à ce qu'aucun autre remède général ou local ne soit pris en même temps que l'iode. Veillez aussi à ce que rien ne soit changé, pendant la durée de cette médication, au régime, aux habitudes du malade.

Quoique, en douze ou quinze jours, l'iodure ait largement le temps de manifester ses effets médicateurs, il faudrait lui accorder un peu plus de temps pour des lésions osseuses, hyperplasiques, pour une lésion pulmonaire à apparence tubercu-

leuse, une affection ancienne du foie ou des reins, une vieille induration testiculaire.

Autant que possible ne laissez pas entrevoir au client qu'il s'agit d'une *épreuve*. S'il le soupçonne, comme presque toujours il a, lui, son opinion déjà faite, cette opinion déteindrait inévitablement sur la manière dont il vous rendra compte du résultat.

Lorsque, le terme étant expiré, votre client revient, ayez l'impolitesse de ne lui demander de ses nouvelles qu'après vous être enquis s'il a bien exécuté votre prescription. (J. Cloquet). Et alors seulement révélez-lui dans quelle intention vous aviez formulé.

Enfin de quelque façon que l'épreuve ait tourné, un bon praticien y trouve toujours sujet d'en féliciter son client. Car s'il est guéri, rien de mieux à espérer, n'est-ce pas? Et s'il n'est pas même soulagé, cela prouve au moins — vous pouvez le lui dire bien haut, car rien n'est plus vrai — cela prouve au moins qu'il n'avait point la vérole.

L'action de l'iode peut être entravée par diverses causes ; d'abord, l'intolérance des organes digestifs, (ce qui est rare). S'il y a répulsion causée par la saveur, dissolvez l'iodure dans un véhicule aromatique. Le sirop de menthe est celui qui réussit le mieux. Si la résistance vient de l'estomac [1], délayez la dose dans une tasse de boisson émolliente. Notre respectable Gauthier recommandait, pour ce cas, une décotion de salep (1 gramme dans 1/2 litre d'eau) et je m'en suis bien trouvé. On a également la ressource des vin, café, chocolat iodés. Mon eau gazeuse iodo-ferrée est d'autant mieux supportée, que c'est un remède à prendre aux repas. Il en serait à peu près de

[1] Quand on rencontre une intolérance persistante chez des sujets dont les organes digestifs étaient sains jusque-là, il faut s'informer si cela n'est pas dû à la composition défectueuse du médicament, si l'iodure livré ne contiendrait pas, comme cela a souvent lieu, de l'iode en excès et du carbonate d'ammoniaque.

même des eaux minérales naturelles de Challes, de Bondonneau. On donne aux enfants le lait d'une chèvre, ou d'une vache qui a absorbé de l'iode. — Enfin s'il faut renoncer à introduire le médicament par l'estomac, on tire un bon parti des lavements iodés : c'est une excellente et efficace ressource. Les frictions de pommade iodée ou mieux de teinture d'iode affaiblie, qu'on exécute sur la région de la peau correspondant à un organe malade, réalisent aussi la pénétration d'une certaine quantité du spécifique.

Les accidents iodiques, proprement dits (acnés, coryza, conjonctivite) ne commandent qu'une suspension temporaire de la médication, puis ensuite l'atténuation des doses, lors de la reprise du médicament, mais jamais — si ce n'est très-exceptionnellement — sa cessation définitive.

Quand l'iodure de potassium n'a pas ou n'a plus son effet accoutumé sur une lésion franchement tertiaire, on le remplace, et parfois avec grand avantage, par l'iodure de sodium. Mais beaucoup de pharmaciens n'en ayant point, et ne se souciant pas de manquer la vente, sûrs d'ailleurs de ne faire par là aucun mal, livrent, en place, l'iodure de potassium. J'en parle par expérience.

Après ces règles générales, est-il nécessaire et est-il possible d'en tracer de plus précises, de plus appropriées à chaque cas?... Non, ce n'est pas d'après le siége anatomique, ni d'après la constitution histologique de l'altération que varient, que doivent varier la durée et la force d'un traitement iodé. C'est d'abord, à priori, selon la gravité des derniers accidents secondaires; selon le nombre des lésions tertiaires qui ont éclaté simultanément; selon que ces lésions constituent une première, deuxième ou troisième récidive ; selon que l'économie est plus ou moins affectée ; selon qu'il a ou qu'il n'a pas été fait antérieurement usage de l'iode, etc., etc. Mais la durée varie surtout selon l'influence qu'on voit la médication iodée

exercer sur la lésion actuelle. Cette considération, bien que purement empirique, prime toutes les autres. Il est évident qu'une gomme fondue par l'iodure en cinq ou six semaines ne nécessitera pas une prolongation ultérieure du traitement aussi considérable que celle qui aurait demandé trois mois pour se résoudre. — L'importance des lésions, l'atteinte qu'elles portent à la santé générale est aussi à prendre en considération. J'ai parlé plus haut de l'excès de précaution et par conséquent de la longueur de traitement qu'imposent les lésions viscérales. De même une douleur ostéocope du tibia, qui guérit en 8 ou 10 jours par l'iodure, et qu'on est sûr de guérir toujours aussi promptement avec le même remède, dès qu'elle reviendra, peut se passer de la médication radicale qu'il est obligatoire d'opposer à un rupia ulcéré qui sillonne le cou, à une gomme qui menace de perforer le voile du palais.

Toutes les fois que le mal résiste, fût-il même par son aspect et sa nature du tertiarisme le plus tranché, le plus pur, ne manquez pas de recourir au traitement mixte iodo-mercuriel.

L'iode agit à la façon des vrais spécifiques, mais il ne fait pas plus qu'eux. Il exerce *toujours* une influence favorable; mais quelquefois, quoique rarement, cette influence ou reste insuffisante ou s'épuise à la longue par l'usage. On ne peut guère prévoir les circonstances où cela aura lieu; car il est même parfois très-difficile de s'en rendre compte après coup. En éliminant les cas où l'insuccès tient à une constitution ou à une hygiène défectueuses, et en me rappelant aujourd'hui les tertiaires que j'ai trouvés rebelles à l'iode, je vois que ce ne sont ni certaines espèces de lésions, ni une date très-ancienne, ni un degré exceptionnellement grave du mal qui expliquent cette résistance au remède. Elle semble donc plutôt dépendre d'un état particulier du sujet.

Et par le fait, si l'on peut espérer de triompher de ces cas réfractaires, c'est moins en variant les drogues qu'en opérant

par l'hygiène quelque modification profonde dans la nutrition de l'individu. Je citerai pourtant d'abord quelques formules pharmaceutiques recommandées par de bons services.

La première est la tisane de Pollini ; non pas celle prise dans nos officines, mais celle qu'on fait venir de Milan (s'adresser à M. Gasparini, via della Signora, 74, — j'avertis que c'est une dépense de près de 300 francs.) Ce traitement comporte un régime sévère, expliqué sur le prospectus, et qui peut sans doute revendiquer à bon droit une part des honneurs de la cure.

J'ai vu guérir par l'arsenic, par la liqueur de Donovan, même par un rob fameux dont le nom se trouve partout, par l'usage prolongé des pillules de Dehaut, par une série de bains de vapeur, par les tisanes de Feltz et de Vigarous, par un certain nombre de purgations drastiques, etc.

Les eaux minérales ont leur place en ce lieu, comme établissant la transition la plus naturelle entre les agents médicamenteux et les agents tirés de l'hygiène. Quelques-unes d'entre elles, en effet, les sulfureuses, les bromo-iodurées, les arsénicales ont une action curative, réelle, soit directement sur la maladie, soit indirectement, en favorisant la tolérance et l'absorption des spécifiques. Mais elles servent aussi par l'influence que le repos, le calme moral, l'air vivifiant de la campagne pourraient exercer sur l'organisme[1]. Je dis *pour-*

[1] Le choix d'une *station rurale* a, selon moi, autant d'importance pour le moins que celle qu'on attache, avec raison, au choix des stations thermales, maritimes, hivernales. En effet, l'air de la campagne est le véritable antidote, le seul, de l'*anémie des villes*. J'en ai vu trop d'exemples, et de trop péremptoires, et de trop bien démontrés par la contre épreuve pour m'abstenir. — dussé-je paraître énoncer une banalité, — de répéter ici cette grande vérité que les caprices du *high life* et les exigences d'un excès de civilisation tendent de plus en plus à faire méconnaître.

Les éléments de ce choix varient, bien entendu, pour chaque contrée. Dans notre Lyonnais, on a remarqué que les pays de vignoble — pourvu qu'on y use surtout de l'air — donnent plus de garanties que les autres. Pour moi, une *côte au soleil levant*, sur les bords du Rhône, mérite toutes les préférences de l'hygiéniste ; et s'il faut préciser, je rappellerai seulement que Sainte-Foy et Mil-

raient, car il est remarquable que ce genre d'effet soit aussi parcimonieusement utilisé ; il est remarquable que, connaissant tout l'avantage de ces conditions hygiéniques, les malades, systématiquement, leur refusent le moyen d'agir. On a besoin de se *refaire*, on le sait, on le sent, on le dit. Mais l'usage a prononcé ; et l'opulent oisif qui consacre volontiers à un voyage d'agrément deux mois et plus ne saurait accorder ce temps à l'œuvre de reconstitution d'un organisme à reprendre par la base. *La saison est de trois semaines !* tel est l'arrêt dicté par la mode. Ni la raison, ni l'expérience ne prévaudront contre elle[1]. Aussi, selon une expression vulgaire, on en a pour son argent,et le mécompte est devenu la règle. De quoi se plaindre, d'ailleurs? On était venu pour se refaire : on est *refait !*

Mais tout ce qui précède constitue la médication *omnibus ;* c'est une série de formules ou recettes banales, qui, convenant à tous, on le dit du moins, risquent fort, ainsi appliquées, de ne convenir à personne. Soyons plus précis, soyons surtout médecins, s'il se peut, c'est-à-dire tâchons de poser l'indication.

L'incurabilité du tertiaire peut dépendre de plusieurs causes, et, entre autres, principalement :

1° *D'un fond de lymphatisme.* — Le remède est facile... à conseiller.

2° *De l'anémie.* — Mais ce n'est là qu'un mot, et la chose est aussi difficile à classer qu'à connaître. Que d'espèces

lery, — auxquels il est juste d'associer Chiroubles, dans le Beaujolais, — ont un renom populaire pour le chiffre de leurs octogénaires.

[1] Il est vrai que, pour un assez grand nombre de stations, — je les nommerai, s'il y a lieu, dans ma prochaine édition, — les malades en sont littéralement chassés par la monotone et écœurante cuisine, dont il leur faut se contenter. Témoin de ces éternels *ratas* et de l'universelle nausée qu'ils provoquent, comment un industriel avisé n'a-t-il pas compris la bonne spéculation qu'il y aurait à faire, en établissant en face des gargottes coûteuses une vraie *pension bourgeoise ;* en rendant à ces pauvres estomacs exilés de la table de famille, ce qu'ils demandent en vain là-bas, quelque insistance et quelque prix qu'ils y mettent : *la soupe, le bouilli et le rôti.*

d'anémie, depuis celle des indigents, qui se traite le mieux par un billet d'hôpital, jusqu'à celle des grandes villes, qui tout au contraire fond, pour ainsi dire, au soleil! Que de types de cet état, depuis le cachectique spécial qui guérira par le mercure, jusqu'à l'hyperhydrargyrisé, qu'il s'agit uniquement de faire renoncer à sa drogue favorite; depuis le sexagénaire hypocondriaque, amaigri moins par sa vérole, que par les terreurs imaginaires qu'elle lui donne, avec leur cortége habituel d'insomnie, d'isolement, de privations de toute espèce, jusqu'à la pauvre fille qui, pour avoir cru à de trompeuses promesses, se réveille un jour, déshonorée, délaissée, repoussée de sa famille, mère et syphilitique!..... Certes, l'arsenal des reconstituants est un des mieux fournis de notre matière médicale; mais convenez que, en face de tels besoins, il faut y puiser à pleines mains, et réfléchissez surtout que, en face de besoins si divers, il faut savoir y choisir. Je n'entrerai dans aucun détail. Contre cette anémie, on comprend que le fer ne suffise pas toujours, et le médecin philanthrope comprendra aussi que l'or doit quelquefois intervenir, mais autrement que comme succédané du mercure!

3° *De la pléthore.* — Je vise ici ces gros garçons, fort viveurs, féaux de tables d'hôte et piliers de brasserie, obèses avant l'âge, mais, — comme le peuple l'observe et l'exprime si bien, — ayant une mauvaise graisse. Ils n'ont plus qu'un appétit languissant, rebelle au bitter, à l'absinthe même, digèrent mal, s'endorment après le repas; déjà ils ont senti quelques étourdissements. — Au premier abord, et tant que l'entretien ne porte que sur les banalités qui les dispensent de réfléchir, vous les voyez pleins d'entrain et d'humour; mais serrez-les d'un peu près, et leur lourdeur intellectuelle apparaîtra, après trois minutes de conversation. — Particulièrement voués au tertiarisme, ils offrent surtout des gommes, de larges groupes de tubercules cutanés; et l'accident apo-

plectiforme les menace sans trêve. — Outre le changement de régime, associez alors à l'iodure des purgatifs réitérés et conseillez une saison à Vichy. — C'est à ces cas que convient le *traitement arabique* (se nourrir pendant quarante jours, exclusivement de pain sec ou de biscottes, d'amandes, noix, noisettes, figues et raisins secs; de l'eau pour unique boisson). Les premiers jours sont durs, mais on s'y fait sans peine, et j'ai obtenu ainsi de très-beaux résultats. Aucun médicament ne doit être pris durant ces quarante jours.

4° *De l'asthénie nerveuse, ou épuisement nerveux.* — Empruntant encore au peuple une de ses locutions familières, je range dans cette classe tous ceux qui, comme on dit, ont fini *de bien faire*. Agioteurs exclus de leur paradis terrestre, joueurs décavés, poëtes incompris, enfants prodigues, tripoteurs d'affaires, vieilles filles désachalandées, en un mot, impuissants de tout ordre et de tout degré, voilà, je l'ai dit ailleurs, des recrues assurées non-seulement pour le tertiarisme, mais pour la cachexie tertiaire. — Ceux-là sont plus difficiles à traiter, car ce n'est pas seulement leur constitution qu'il faudrait pouvoir régénérer : tristes malades, tristes clients qu'on ne saurait plaindre, qu'on ne peut secourir, qu'on perdrait son temps à vouloir sermonner. Parlez-leur donc au nom de leurs intérêts, — ils n'entendent que de cette oreille. — Peignez-leur la situation telle quelle est, la souffrance, les infirmités hideuses et la mort au bout, s'ils ne se résolvent pas à prendre un parti violent.

Ce parti, quel est-il?... Oh! pas de demi-mesure, pas de ces diversions temporaires qui, comme l'hydrothérapie, les bains de mer, une saison à la campagne, un voyage dans le Midi, peuvent suffire à des besoins moins pressants. Ici, il faut tailler dans le vif : si l'on veut être sauvé, il faut rompre (et pour longtemps et parfois presque sans espoir de retour) avec toutes ses habitudes. Devenir agriculteur, paysan même; prendre du

service sur un bâtiment pour un voyage de long cours ; entreprendre quelque commerce à Alger ou aux colonies. Et notez bien la teneur de ces conseils. Je n'ai pas dit : « Habiter la campagne, faire une traversée, aller vivre sous un climat étranger. » Cela ne serait pas assez : je veux que le malade se donne une occupation réelle, sérieuse, un peu absorbante, une occupation, en outre, à laquelle il soit lié, qu'il ne dépende pas de lui de remplir avec activité ou mollesse, de quitter à son gré.

J'ai tracé, avec les plus grands détails, dans mon *Histoire naturelle de la syphilis*, les nombreuses règles de l'hygiène à laquelle le syphilitique doit être soumis. Je n'y reviendrai pas ici ; elles ressortent, d'ailleurs, de tout ce qui a été dit jusqu'à présent.

Terminons par quelques mots sur la thérapeutique spéciale à chaque lésion tertiaire, mais quelques mots seulement, son importance étant et de beaucoup primée par celle du traitement général.

Albuginite. — A moins qu'elle ne se présente chez un tertiaire avancé, il est très-difficile, en face d'une lésion de ce genre, de discerner *a priori* si c'est le mercure ou l'iode, ou le traitement mixte qui conviennent le mieux. Essayez donc l'un ou l'autre selon que le cas vous paraît appartenir plutôt à la période tertiaire ou à la période secondaire. Votre incertitude sera bientôt dissipée ; car nulle lésion ne s'amende aussi vite que celle-ci sous l'effet de la médication, une fois qu'on a trouvé le remède qui y est approprié [1] ; il est par conséquent

[1] Les cas de sarcocèles syphilitiques donnés par quelques auteurs comme rebelles aux spécifiques, étaient ou des cancers commençants ou plus souvent des *tubercules*, développés chez des sujets à antécédents syphilitiques.

indiqué de changer si, au bout de quinze jours, on n'a pas obtenu d'amélioration notable.

Mais il faut également savoir que cette affection récidive aussi facilement pour le moins qu'elle cède. Je soigne, à présent, un homme de quarante ans, chez qui la maladie s'est reproduite trois fois, quoiqu'il eût subi, chaque fois aussi, un traitement mixte où le protoiodure hydrargyrique, administré par moi (concurremment avec l'iode), avait été poussé au point de causer, lors de chaque traitement, une stomatite ulcéreuse grave qui dura quinze jours.

Il est donc indiqué, une fois le premier coup porté, une fois la tumeur réduite de volume et devenue à peu près indolente, de procéder par une médication modérée et prolongée, plutôt que de prétendre *en finir* par de hautes doses qui ne finissent rien.

Les topiques ne servent guère qu'à calmer la douleur; si elle résulte du poids de la masse morbide, un bon suspensoire ou quelques couches de collodion suffisent. C'est dans ce même but qu'on peut alors ponctionner une hydrocèle symptomatique qui aurait atteint un certain volume.—La douleur dépend-elle au contraire du travail pathologique lui-même? Le traitement interne spécifique est seul en mesure de l'appaiser. Défiez-vous des emplâtres et des corps gras mercuriels qui ne servent qu'à irriter la peau ; un bon cataplasme de farine de lin a seul le pouvoir de donner quelque soulagement. J'y joindrais, en cas de douleur très-vive, l'application de chloroforme ainsi que des quarts de lavement laudanisés.

Lésions des muscles. — Le tremblement, les crampes, les lassitudes, l'affaiblissement, guérissent en même temps que les autres symptômes syphilitiques, et par le même traitement mercuriel ou mixte, aidé de quelques ferrugineux.

La contracture demande de l'iode en quantité; les gommes, en masse.

Les lésions des tendons et de leur gaîne se trouvent bien, en outre, de quelques révulsifs (vésicatoires, frictions avec la teinture d'iode). Plus tard, les douches de vapeur ou douches écossaises, le massage et surtout l'électricité servent à restituer les mouvements, à prévenir ou combattre l'atrophie, complication fréquente et très-tenace de toute maladie un peu longue de la trame musculaire.

Lésions osseuses. — C'est ici le triomphe et en conséquence l'indication par excellence de l'iode. D'abord il calme les douleurs, et cela avec une promptitude et une efficacité telles que, pour qui sait le manier, tous les autres agents locaux de sédation (opium, belladone, vésicatoires, sangsues, etc.), deviennent absolument inutiles.

L'iode, en second lieu, réduit — et presque aussi rapidement — les intumescences osseuses, celles du moins qui sont récentes, qui résultent d'une fluxion subaiguë, dans lesquelles, par conséquent, l'élément pathologique qui, plus tard, formera l'exostose, se trouve encore à l'état rudimentaire et disséminée.

Enfin, c'est encore sur l'iode qu'on peut compter pour enrayer, atténuer du moins, le processus morbide spécial qui tend à la carie ou à la nécrose.

On le voit, l'indication de l'iode dans ces cas est constante et en même temps perpétuelle pour ainsi dire. Dans toutes les affections syphilitiques du système osseux, il faut donc s'arranger de manière à pouvoir le continuer longtemps, aussi longtemps que l'on voit le mal progresser.

Quand il ne reste plus qu'à tarir les foyers, fermer les sinus, assister ou travailler, selon le cas, à l'élimination des séquestres, alors c'est à la chirurgie d'agir, et je dois lui céder le pas. Pas entièrement toutefois, car, chose curieuse, si la restauration des perforations palatines, si la réfection du nez appartiennent en général aux chirurgiens, c'est plutôt le spé-

cialiste que l'on consulte pour se débarrasser d'une esquille ou d'une pièce qui s'est détachée du squelette intérieur des fosses nasales. Le plus souvent, c'est le malade qui, sentant vaciller le vomer ou un cornet, les ébranle peu à peu et finit par les extraire. Il est toujours prudent de lui en laisser l'honneur et la responsabilité. N'intervenez donc que tard et lorsque la séparation du fragment est complète ou à peu près, et après avoir bien fait constater au client que *ça branle*. Autrement, il vous accuserait de lui avoir enlevé un os *qui tenait encore*, et vous imputerait sans façon la difformité consécutive. — Si l'os à extraire est trop volumineux pour passer par l'ouverture des narines, divisez-le d'abord sur place, à l'exemple de Michon, avec des cisailles introduites dans les fosses nasales.

Lésions du système nerveux. — A part la céphalée, les cardialgies, stermalgies et autres accidents prodromiques, auxquels convient surtout l'iode, les affections nerveuses de la période secondaire cèdent plutôt à l'emploi du mercure. Je compte notamment, parmi les lésions de cet ordre, les paralysies tenant à la compression subie par un nerf dans son trajet intra-osseux, les paralysies des paires oculo-motrices, l'hémiplégie faciale (c'est ici le proto-iodure qui réussit le mieux).

A une période plus avancée, l'iode reprend ses droits, et ses droits exclusifs. J'insiste sur ce dernier mot, car, puisque le mercure peut, chez les syphilitiques, engendrer des lésions nerveuses, n'est-il pas capable, une fois qu'elles sont formées, de les aggraver?

En m'exprimant ainsi, je n'émets ni une simple présomption, ni une opinion purement personnelle. Parmi mes collègues, parmi ceux-là mêmes qui recommandent et pratiquent le plus énergiquement l'hydrargyrisation prolongée contre tous les degrés de l'affection syphilitique, contre toutes les formes de syphilis, on entend soupçonner, on entend même

affirmer sa nocuité dans ce cas. M. Teissier se demande, à propos d'une apoplexie chez un syphilitique, « si elle ne résulterait pas de l'épuisement causé par les préparations *altérantes* auxquelles le sujet avait été soumis ? » — M. Rodet, rappelant quatre faits analogues de sa pratique, y voit « plutôt un effet du traitement antisyphilitique ». — Ailleurs il déclare explicitement que le traitement antisyphilitique (surtout l'emploi simultané du mercure et de l'iodure[1]) est probablement la cause qui engendre le plus grand nombre de ces accidents. Enfin, dans un mémoire où il cite plusieurs cas d'hémiplégie syphilitique, M. Schutzenberger dit : « Lorsque la syphilis a déterminé dans les organes des altérations de nutrition ayant modifié profondément la structure des tissus, la médication hydrargyreuse est plus nuisible qu'utile et peut entraîner même la mort. » Et il en relate un exemple.

Dans ce conflit des opinions, dans le désarroi de la pratique, qui en est la conséquence, voici la règle qui me semble la plus sûre.

Je suppose un homme jeune encore (au-dessous de quarante ans), ayant ou ayant eu la syphilis. Survient-il chez lui des accidents cérébro-spinaux ?... En raison de son âge et de ses antécédents, si surtout on ne découvre aucune autre cause, naturellement on attribuera ces accidents à la syphilis.

Mais, notons-le, si le médecin raisonne ainsi, et surtout s'il formule conformément à ce raisonnement, c'est qu'il est persuadé de deux choses : d'abord que le traitement spécifique va, s'il est indiqué, produire une prompte amélioration ; secondement, que ce traitement est, dans tous les cas, inoffensif.

Or, il n'en est point ainsi. Mais pour jeter sur ce sujet toute la lumière qu'il comporte, il faut diviser les accidents dont il s'agit en deux classes, les aigus et les chroniques.

[1] Il se forme alors un bi-iodure de mercure, composé très-irritant, à l'effet toxique duquel on peut rationnellement imputer des suites fâcheuses.

Lorsque, dans les conditions d'âge et d'antécédents spécifiées ci-dessus, il apparaît une hémiplégie subite, sans perte de connaissance, soyez prévenu que cette affection a une extrême tendance à se dissiper *spontanément*. En quelques semaines, parfois en peu de jours, on voit la motilité reparaître, la parole altérée ou même abolie redevenir intacte. Si donc vous aviez donné contre cet accident du mercure ou de l'iode, vous pourriez, ignorant la bénignité naturelle du cas, faire dans cette guérison aux remèdes une grande part, ce qui serait une erreur; et surtout y voir une indication de les continuer, ce qui serait un danger. — Tenez compte de ce fait : traitez l'accident apoplectiforme comme une congestion simple[1] et n'usez des spécifiques que si, concurremment avec le raptus encéphalique, il s'était produit ou aggravé quelque autre symptôme manifestement syphilitique.

Il n'en est plus de même, et l'indication est toute différente lorsque la lésion est de celles qui se déclarent lentement et progressent sous forme chronique ; lorsqu'on voit par exemple s'établir peu à peu des symptômes de paraplégie, de paralysie générale (ramollissement cérébral), d'aliénation mentale, ou une série d'accès épileptiformes. Essayez alors l'iodure de potassium à doses modérées, mais agissantes (de 0^{gr},5 d'abord, porté graduellement en quinze jours à 2 grammes), et réglez-vous sur l'effet obtenu pour cesser s'il n'y a pas d'amélioration, pour augmenter la dose si l'on constate un mieux réel. Dans cette dernière hypothèse, il est bon de progresser jusqu'à 4 et quelquefois 6 ou 8 grammes d'iodure par jour.

Je n'use du mercure que dans un seul cas ; c'est lorsque l'iode, après avoir d'abord amendé les symptômes, n'agit plus

[1] Il existe, presque chez tous les sujets, pendant quelques jours avant l'attaque, une douleur fixe dans un point du crâne. C'est un avant-coureur à ne pas négliger. Elle réclame la médication la plus énergique : repos, suspension de tout travail intellectuel, de toute excitation morale; poudre de chaux et d'ammoniaque aux pieds, lavement purgatif, trois ou quatre sangsues à l'anus, et surtout vésicatoire *loco dolenti*.

dans ce sens, quoiqu'on en ait élevé la dose. Alors, la nature syphilitique de la lésion ayant été bien démontrée par le premier effet du remède, on peut tenter d'obtenir davantage en associant le mercure à l'iode. Mais, dans cette circonstance, de peur de déterminer la formation d'un composé toxique, il convient, selon le judicieux précepte de M. Rodet, d'employer le bichlorure, de préférence au proto-iodure.

Quelque succès qu'on ait obtenu des spécifiques — et ces effets, surtout dans les paraplégies, sont parfois admirables — il faut soumettre longtemps encore le malade au repos ou du moins le restreindre à un fonctionnement modéré des organes compromis; appliquer, entretenir ou renouveler des révulsifs profonds; enfin se tenir prêt à recommencer, dès les premiers indices d'une récidive, le même traitement qui a réussi.

Gommes multiples, lésions viscérales. — A cette phase avancée, où la cachexie est imminente, c'est l'iodure seul, ou l'iode associé au fer, qui, comme spécifique, est rationnellement indiqué. En cas d'insuccès et lorsque le danger presse, on peut bien tenter un effort avec le traitement mixte; mais si, en trois semaines, un mois au plus, il n'a pas donné de résultats plus évidemment satisfaisants, il sera prudent d'y renoncer. — Tous les agents reconstituants, en semblable circonstance, doivent être appelés au secours.

Les ulcères profonds qui sillonnent les membres et le dos seront dépouillés de leurs croûtes, cautérisés et pansés selon les règles que j'ai énoncées ci-dessus (p. 229).

SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

J'ai dit ci-dessus (p. 227) comment la syphilis se transmet au fœtus, qu'elle vienne soit du fait du père, soit du fait de la mère. Je n'ajouterai rien à ces brèves notions. Elles suffisent

à mon but actuel, d'autant plus que, de quelque source, par quelque voie que la maladie soit arrivée à l'enfant, elle est chez lui la même[1] et par conséquent réclame aussi le même traitement.

Les lésions de la syphilis congéniale sont naturellement, à part le chancre primitif qui manque toujours dans ce cas, les mêmes que celles de la syphilis acquise. L'évolution et la gravité diffèrent seules.

Le fœtus issu de parents syphilitiques peut succomber dans le sein de sa mère. De là l'avortement, fait très-commun en pareille circonstance et qui dépend souvent d'altérations du placenta. Quand il vit, très-rarement il naît porteur de lésions : elles n'apparaissent en général qu'ensuite. Sur 155 cas, elles se sont montrées 86 fois avant un mois, 45 fois de 1 à 2 mois, 15 fois de 2 à 3 mois, 7 fois de 3 à 4 mois.

La première éruption se fait ordinairement sous forme de plaques dans les régions ano-génitale, péri-buccale, surtout à la commissure des lèvres, au pli labio-mentonnier. C'est là qu'il faut regarder pour découvrir les premiers signes de l'infection, lesquels sont aussi les premiers indices du danger de contagion pour la nourrice qui se chargerait d'allaiter un tel enfant. Ces plaques ont l'aspect de papules saillantes et cuivrées, dans les endroits où la peau n'est pas adossée à elle-même: elles ont l'aspect de plaques muqueuses là où le tégument forme des plis. Le pemphigus des régions palmaire et plantaire apparaît aussi dès cette époque ou même dès la naissance.

En même temps, l'enfant peut avoir deux symptômes dont la présence dénote la profondeur de l'infection. Dès sa naissance, avant même l'éclosion d'aucune lésion matérielle, il offre assez souvent une apparence générale de décrépitude et

[1] Je l'ai prouvé, dans mon *Traité de la syphilis des nouveau-nés* (Paris, 1854, chez V. Masson), par un parallèle statistique fondé sur des observations nombreuses, empruntées à divers auteurs.

une teinte bistrée de tout le tégument. En même temps il s'établit, dans beaucoup de cas, une rhinite purulente, tenace; les cheveux sont ténus, décolorés, les ongles friables ou lents à se former, les dents fendillées, crénelées sur le bord libre. A ces preuves de l'atteinte que cette syphilis porte à la nutrition, ajoutez la fréquence et la précocité des lésions viscérales (foie, thymus, poumon), la contagiosité remarquablement prononcée des lésions muqueuses et même cutanées, la proportion considérable de nouveau-nés qui succombent en dépit des soins les plus méthodiques, et vous aurez une idée de la gravité toute spéciale qu'affecte cette sorte de syphilis.

Quant aux personnes qui prennent du mal au contact d'un enfant congénialement infecté, elles ont une syphilis qu'on peut bien appeler ordinaire en ce sens qu'elle commence par un chancre et suit ultérieurement les phases de la syphilis acquise ; mais cette maladie a en général plus de gravité et semble se transmettre plus aisément à d'autres individus. L'histoire de la plupart des nourrices syphilitiques, la profondeur de leurs lésions, la durée et la résistance de leur mal, la facilité extrême avec laquelle ce mal s'étend à toute leur famille prouvent la vérité de cette remarque.

TRAITEMENT.

Il est *préventif* ou *curatif*.

1° *Traitement préventif*. — Comme il faut toujours traiter tout individu syphilitique de façon à le guérir aussi complétement que possible, l'intérêt spécial qu'il y a de le mettre en état d'engendrer des enfants sains ne semble pas devoir créer l'indication de le soumettre, pour ce seul motif, à un traitement plus énergique ou plus prolongé. Et cependant, d'après la manière dont je comprends l'action des spécifiques, il est des circonstances où ce point de vue me conduit, en réalité, à les employer avec plus de vigueur et de persévérance.

Il faut, d'abord, qu'on sache que l'aptitude à procréer des enfants syphilitiques est l'un des effets de la syphilis sur lesquels le mercure a l'influence curative la plus prononcée. Parcourez les nombreuses observations de ménages contaminés par la syphilis [1], et vous aurez de cette vérité la preuve et la contre-épreuve décisives. Parfois, même, l'une et l'autre se trouvent contenues dans le même fait, lorsque par exemple, dans une série d'enfants issus des mêmes auteurs, on en voit, alternativement naître de sains et d'infectés, selon que la mère avait pris ou n'avait pas pris de mercure durant sa grossesse. (Ouvr. cité, p. 348).

Mais des mêmes faits, attentivement analysés, ressort cette autre notion, non moins certaine, que, pour obtenir du mercure la plénitude des garanties de santé qu'il donne au fœtus à venir, il ne faut pas l'administrer aux parents trop longtemps avant la conception. Ce n'est donc pas en mercurialisant à outrance un malade actuellement syphilitique, qu'on préservera les enfants qu'il doit avoir dans deux ou trois ans; c'est plutôt en le mercurialisant peu de temps avant la fécondation ou, si c'est une femme, dès les premières semaines de la conception.

L'important est donc, ici, de *placer à propos* le traitement mercuriel préservateur. Disons comment :

Du côté de l'homme, les perfectionnements de la science et ceux de la civilisation ont rendu, au prix d'un peu de prévoyance et de résolution, la chose facile. L'homme n'est appelé à engendrer que si, pour opérer la fécondation, il s'y prend d'une *certaine manière* et à une *certaine époque*. Par conséquent, l'acte qui le rendra père dépendant de sa volonté, il peut, — et j'ajoute il doit — l'accomplir dans des conditions telles que cet acte donne la vie et non pas l'infection. Aussi, de même qu'il est libre de l'ajourner tant qu'il le pré-

[1] J'en ai cité la plupart dans mon *Traité de la syphilis des nouveau-nés*.

sume dangereux, de même il peut en faire précéder l'accomplissement par un traitement mercuriel destiné à le rendre inoffensif[1].

Passons à l'application. Quand un homme se marie, il connaît toujours, six semaines ou un mois d'avance, le jour fixé pour la cérémonie. Eh bien! ce laps de temps, — pour peu qu'une syphilis antérieure laisse des craintes, — doit être consacré à l'administration quotidienne de 10 centigrammes de proto-iodure de mercure. C'est ce que j'appelle le traitement du *père de famille*. — Même règle et plus impérative encore, lorsque, faute de cette précaution, un premier enfant étant né syphilitique, on ne se décide à mercurialiser que d'après et après cet avertissement. En pareil cas, la garantie est même plus certaine. Le mari a, pour agir à propos, des données que le fiancé ignorait. Il sait quand reviendra la prochaine époque menstruelle, et peut, d'après cette notion, instituer le traitement de telle manière que sa fin, et par conséquent son plein effet préservatif, coïncide avec le moment précis de l'ovulation.

Une femme n'a pas ordinairement cet avantage. Je dis *ordinairement*, car quelques-unes, — celles-là mêmes qui se sentent capables d'infecter, — savent, dans leur ménage, se réserver la haute direction de ces sortes d'affaires. Mais dans l'infinie majorité des cas, épouse ou maîtresse, la femme, forcée d'accepter la loi du plus fort, n'a pas même le droit de choisir l'heure de sa défaite; en termes plus précis, elle ignore si son mari est malade et ne peut s'apercevoir qu'après coup s'il lui a convenu, à lui, de la rendre mère.

La plupart du temps, c'est donc le mari repentant qui vient demander au médecin conseil pour sa femme devenue grosse,

[1] Je raisonne et je légifère dans l'intérêt exclusif de l'*embryopoïèse*, en me tenant par conséquent en dehors de toutes autres considérations, soi-disant d'ordre supérieur, qui s'arrogent le droit de réglementer, contre toute logique et toute sécurité, l'exercice de cette fonction à laquelle a trop longtemps présidé en maître, l'inflexible et aveugle *multiplicamini*.

Or, d'après ce qui précède, ce conseil se devine d'avance : Ostensiblement ou en cachette, selon le cas, instituer et le plus tôt possible, chez la femme, un traitement mercuriel de deux ou trois mois, suivi aussi exactement que possible ; ce qui exige parfois toute la diplomatie du docteur, du pharmacien et du mari, ligués dans le but légitime de conservation de la paix du ménage, non moins que de la sauvegarde des intérêts de la progéniture.

Faut-il se contenter de donner le mercure avant une grossesse? Faut-il au contraire en réïtérer l'emploi avant ou dès le début de *chaque* grossesse?... Question discutable. Pour moi, j'agirais dans ce dernier sens, si l'infection venait surtout du chef de la mère ; s'il y avait eu déjà des enfants syphilitiques ; et enfin tant que, pour me rassurer, il ne serait pas né consécutivement deux enfants sains.

Je rappelle seulement ici pour mémoire les soins à prendre pour préserver l'enfant du contact d'une lésion contagieuse que la mère aurait à la vulve au moment de l'accouchement, ainsi que les précautions nécessaires pour empêcher que la contagion lui soit transmise par sa nourrice (voy. mon *Traité de la syphilis des nouveau-nés*, p. 350 et suiv.).

2° *Traitement curatif.* — Les spécifiques n'ont pas plus de pouvoir et n'ont pas d'autre pouvoir chez le nouveau-né que chez l'adulte. Mais il y a cependant des motifs particuliers pour renoncer ici à l'expectation, pour soumettre tous les cas de syphilis héréditaire au mercure. D'abord le sujet est plus faible, a moins de résistance vitale. Secondement, la maladie est plus forte. Enfin il est quelques-unes de ces lésions, et des plus hâtives, — telles que le coryza, — qui compromettent indirectement mais gravement la vie, en gênant la respiration et l'allaitement. Même danger pour les altérations viscérales, si communes et relativement si précoces.

Donc, je ne vois pas utilité, même chez un enfant à antécédents suspects, de le traiter avant l'éclosion des symptômes.

Mais dès que ceux-ci ont apparu, le traitement mercuriel doit être commencé. J'ai pleine confiance dans la formule suivante recommandée par Cullerier et presque exclusivement en usage à l'hôpital des enfants, de Paris :

N° 52. — « Tous les deux jours, donner un bain, de demi-heure de durée, dans de l'eau tiède où l'on aura versé

Alcool.	30	grammes.
Sublimé.	2	» [1].

Il est remarquable que les bains, tout à fait insignifiants chez l'adulte, constituent, pour le jeune enfant, une médication tellement efficace qu'ordinairement elle suffit. — Mais l'enfant répugnant toujours aux bains, et ses parents ne répugnant pas moins à le contraindre en quoi que ce soit, il faut s'assurer que le bain est réellement pris, que le sujet y est suffisamment immergé, qu'il y reste le temps voulu.

Les frictions quotidiennes *sur le thorax* avec 1 ou 2 grammes d'onguent napolitain constituent aussi un bon agent de la médication externe, médication toujours préférable chez les enfants.

Si cependant le danger presse, on peut y ajouter une cuillerée à café de liqueur de Van Swieten, donnée en plusieurs fois, dans du lait ou de l'eau sucrée.

L'iodure de potassium sera administré *seul* ou *associé* au mercure, selon que la lésion principale paraîtra appartenir aux accidents tertiaires ou à ceux de transition. — Toutefois, telle est l'appropriation du mercure contre la syphilis héréditaire que, à moins d'intolérance insurmontable de l'organisme, il faut toujours préférer le traitement mixte ; s'il arrivait malheur, on aurait plus qu'à se repentir, on aurait à se reprocher d'avoir employé exclusivement l'iodure.

[1] Ces fixations n'ont rien d'absolu, elles varient suivant l'âge du malade et le degré d'intensité du mal. — Erratum. (Voy. ci-dessus, page 287, ligne 14), pour avoir la formule des pilules de Dupuytren, ajoutez la ligne suivante, omise :

Bichlorure de mercure. . . . . 25 centigrammes.

Faut-il faire parvenir au nouveau-né le spécifique dont il a besoin par l'intermédiaire de la personne qui l'allaite?... Cette médication a une efficacité réelle, quoique inférieure à celle du traitement direct. Mais son bon effet thérapeutique est ordinairement contre-balancé par un effet asthénifiant presque inséparable du premier. En effet si l'on pouvait faire passer le mercure dans le lait d'une nourrice *saine*[1], tout irait pour le mieux ; l'enfant recevrait le remède en même temps qu'un excellent aliment. Mais, en pratique, il n'en est pas ainsi : si une femme (mère ou nourrice étrangère) prend du mercure, c'est parce qu'elle en a besoin ; c'est parce qu'elle a la syphilis. Or la syphilis, maladie débilitante, altère toutes les sécrétions, diminue notamment celle du lait en même temps qu'elle vicie la qualité de ce fluide. De plus, le mercure, qui est un irritant des voies digestives, concourt, pour sa part, à tarir la sécrétion lactée. — Conclusion : si un nouveau-né syphilitique a pour nourrice sa mère, et si celle-ci a une poussée secondaire durant l'allaitement, qu'elle prenne du mercure : son enfant en profitera. Mais le mercure lui entrave-t-il la digestion, et son lait s'en ressent-il?... Qu'elle cesse le traitement si elle ne peut le continuer efficacement par la voie externe. Le peu de bien que ferait au nourrisson l'absorption indirecte du mercure ne compenserait pas l'atteinte portée à sa nutrition par le trouble de la galactopoièse. — Quant à une nourrice étrangère qui serait syphilitique, on comprend qu'il n'est question de lui laisser le nourrisson que si c'est lui qui l'a infectée[2]. Dans ce cas, la maladie se trouvant être à sa période aiguë durant l'allaitement, le traitement mercuriel est indiqué, chez la nourrice, par son intérêt à elle avant de l'être par l'intérêt de l'enfant. Mais celui-ci ne bénéficie pas

[1] Ce qu'on réalise, dans des cas exceptionnels, en frictionnant d'onguent napolitain une chèvre qui nourrit l'enfant.

[2] En effet il y a, en pareil cas, une sorte d'union forcée entre l'enfant et la femme qu'il a infectée; aucun des deux ne pouvant alors impunément prendre, elle un autre nourrisson, lui une autre nourrice.

moins de la médication, dans quelque but qu'elle ait été instituée.

Il serait illogique, imprudent peut-être, de vouloir déterminer ici la durée à donner au traitement spécifique. C'est l'intensité du mal, sa gravité, la rapidité de sa disparition, la tolérance de l'organisme, qui servent à calculer cette partie du problème. La règle est ici la même que chez l'adulte : ne donner, chaque fois, que la dose et que la quantité qui guérissent complétement les lésions actuelles.

Les médications locales n'ont rien de spécial au nouveau-né ; n'oublions pas cependant, et rappelons à tous qu'il a surtout besoin de propreté.

L'hygiène joue ici un rôle capital ; on doit veiller à l'aération, à l'exercice, au sommeil, mais principalement à la chaleur et à l'alimentation ; et pour cette dernière à la qualité beaucoup plus qu'à la quantité.

J'ai cité un exemple péremptoire de l'importance qu'a la bonne alimentation. Dans une famille naquit un premier enfant qui, malgré mes soins, mourut de syphilis héréditaire ; un second fut confié à une nourrice jugée excellente sous tous les rapports. La syphilis se déclara chez lui comme chez son aîné. L'on fut assez heureux pour que la nourrice, qui s'était attachée à l'enfant, consentit néanmoins à le garder et à exécuter le traitement ordonné par moi. Malgré ces bonnes conditions cependant, le mal s'aggravait et la vie était menacée, lorsqu'on découvrit que la nourrice *buvait* et buvait à un degré inimaginable. Aussitôt changé, remis à une nourrice moins *bonne* en apparence mais plus frugale, l'enfant eut immédiatement un mieux sensible, guérit rapidement, et sans remèdes ; il a aujourd'hui douze ans et se porte bien.

Que la nourrice ait échappé à la contagion, ou qu'elle ait été infectée par son nourrisson, il importe qu'elle consente à le garder ; car hors de là, pour lui presque point de salut. En cas de refus de sa part, il ne resterait à choisir qu'entre quatre

expédients, tous insuffisants ou fort difficiles à réaliser, savoir : l'alimentation lactée au biberon; — le lait exprimé du sein d'une nourrice saine et donné sans retard ni intermédiaire à l'enfant; — une nourrice, saine actuellement, mais ayant eu la syphilis, et comme telle censée incapable de la reprendre[1]; — enfin la lactation avec une chèvre.

L'énoncé seul de ces moyens supplémentaires montre quelle confiance limitée ils méritent. Parents qui le pouvez, appliquez-vous donc à faire que la nourrice s'attache à son nourrisson. Promesses, cadeaux, prévenances, mettez tout en œuvre, et cela dès les premiers jours, avant que le mal n'ait éclaté chez votre enfant, que vous savez en être menacé. Plus tard, si les lésions apparaissent, faites-lui indiquer par un médecin les moyens de se préserver; l'usage des tétines, bouts de sein et les onctions faites avec un corps gras autour du mamelon avant de donner le sein. Enfin, si elle devient infectée, et aussitôt qu'elle a une lésion primitive avec adénopathie, faites-lui expliquer par le docteur — tout en redoublant envers elle de bons procédés — que le mal étant fait, elle n'a plus rien à craindre des rapports ultérieurs avec celui qui le lui a donné : que d'ailleurs elle ne pourrait désormais prendre aucun autre nourrisson sans s'exposer à des poursuites qui aboutiraient infailliblement à une condamnation, puisqu'il serait aisé de lui prouver non-seulement qu'elle était déjà atteinte, en le prenant, d'un mal transmissible, mais encore qu'elle le savait à n'en pas douter ; que, en somme et de toutes manières, il vaut mieux pour elle garder votre enfant.

Cette franche conduite, bien préférable aux petites ruses conseillées par certains auteurs, est ordinairement couronnée

[1] Je dis *censée;* les exemples avérés, quoique rares, de réinfection me dictent cette réserve. Puis, lors même que cette nourrice serait réellement à l'abri d'une contagion, ou plutôt d'une infection nouvelle, l'important serait qu'elle en fût convaincue et qu'elle se décidât à agir en conséquence, c'est-à-dire à donner le sein libéralement et sans fraudes.

de succès. Même dans la classe où l'on pouvait s'attendre à trouver le plus d'égoïsme, l'amour nourricier se montre le digne émule de l'amour maternel ; et quelque repoussants d'aspect que la maladie ait souvent rendu ces pauvres petits êtres, je n'ai que bien rarement vu une nourrice refuser de leur continuer les soins que leur état réclame et vouloir les rendre à leurs parents.

VÉGÉTATIONS.

Petites tumeurs ordinairement lobées et lobulées, naissant le plus souvent sur les organes génitaux, le plus souvent aussi à la suite de maladies vénériennes, les végétations ne sont cependant ni une maladie contagieuse, ni une maladie virulente. Parmi les clients, on les attribue généralement à la syphilis. Mais ce préjugé, qu'on retrouve même chez les auteurs d'il y a quarante ans et très-fréquemment encore parmi les clients, est mis à néant par les cinq considérations suivantes :

1° Les végétations apparaissent parfois chez des sujets qui n'ont eu aucune maladie vénérienne, quelquefois chez des sujets qui n'ont même jamais eu de rapports sexuels.

2° Elles peuvent durer plusieurs mois, plusieurs années, sans être accompagnées, plus qu'elles n'ont été précédées, du moindre symptôme de syphilis.

3° Si la syphilis coïncide fortuitement avec elles, leur marche, leur aspect n'en sont en rien modifiés.

4° Elles ne sont influencées en rien par le traitement spécifique, par l'usage interne du mercure, lequel fait cependant disparaître les lésions syphilitiques qui peuvent accidentellement coexister.

5° Il suffit de les détruire complétement pour en obtenir la guérison radicale ; un traitement spécifique ne donne aucune garantie contre leurs récidives.

Les végétations ne se transmettent point d'un individu à

l'autre. Seulement, un homme qui a des végétations humides, secrétant un liquide, peut, par le contact de ce liquide âcre sur la muqueuse similaire d'une femme, déterminer sur cette muqueuse une irritation blennorrhoïdale, laquelle, à son tour, pourra quelquefois donner lieu à des végétations. Voilà comment s'expliquent les faits allégués comme exemples de transmission des végétations.

En somme, les végétations ne sont que des verrues, qui naissent sur des parties où le tégument est ténu et pouvu de papilles nerveuses, lorsque ces régions subissent des irritations réitérées ou prolongées (par l'effet de maladies vénériennes comme de toute autre cause irritante) ; de même qu'on voit les véritables verrues affecter surtout les *doigts des enfants*, là où le tégument fin et délicat est exposé, vu leur malpropreté proverbiale et par l'effet de leurs jeux, à tant de causes d'irritation. — Par le fait, les végétations ou verrues génitales sont beaucoup plus communes chez les jeunes gens ; et parmi ceux qu'on en voit atteints, la plupart (47 sur 55) avaient eu des verrues dans leur enfance[1].

Il est donc des individus prédisposés à cette sorte d'épigénèse, des peaux qu'on peut dire *peaux à verrues*. Cette notion portera tout à l'heure ses fruits.

Dès qu'on aperçoit une végétation, l'indication est de la détruire, et cela pour plusieurs motifs :

C'est une difformité. Lors même qu'elle ne gêne pas le coït, sa seule présence empêche de le rechercher. — Elle est ou peut devenir humide ; et alors à son aspect repoussant s'ajoute une odeur qui l'est bien davantage. — Elle entretient une irritation locale qui peut devenir cause de l'herpès récidivant, de balanites habituelles. — Elle s'excorie aisément par les frottements du coït, et favorise ainsi l'inoculation des principes contagieux qui peuvent exister. Il y a même là un danger particulier : les inoculations opérées ainsi sont le plus souvent

[1] Ceci résulte d'une statistique que j'ai faite à l'Antiquaille, en 1848.

et restent longtemps méconnues, les clients s'obstinant à n'y voir qu'une simple gerçure de la végétation. — Enfin toute végétation tendant à croître et à se multiplier, plus vous temporisez, plus par conséquent elles deviennent difficiles à traiter, plus même quelquefois elles prennent, comme je l'expliquerai tout à l'heure, droit de cité dans l'organisme.

Au point de vue du traitement chirurgical — le seul qui serve — il n'y a qu'une distinction à faire entre les végétations, et c'est selon qu'elles sont pédiculées ou sessiles.

Dans le premier cas, si le pédicule est très-grêle (poreaux), étreignez sa base avec un fil de soie ciré : il tombera en deux ou trois jours.

Dans la variété la plus commune (fraises, choux-fleurs), je commence presque toujours par essayer l'effet de la prescription suivante :

N° 53. — « Tremper dans l'acide acétique (8 grammes), le bout d'une allumette taillé en pointe *presque* piquante ; l'égoutter sur le bord du flacon ; puis le porter, en le tenant dans la direction d'un angle de 45°, successivement sur tous les points de la circonférence *de la base* de chaque végétation. Il faut l'appuyer assez fortement pour que, sans qu'il y ait saignement, la pointe pénètre en partie dans l'épaisseur du tégument.

« Réitérer cette petite opération tous les jours ; jusqu'à ce que la végétation se flétrisse assez pour que, en la poussant du bout du doigt, on puisse la détacher. »

Lorsqu'elles sont très-nombreuses, il serait trop laborieux de traiter les végétations ainsi toutes à la fois. Recommandez alors au malade de commencer par les plus grosses ; il arrive parfois que, celles-ci détruites, les autres tombent spontanément. La *mère* entraîne toute la famille dans sa ruine.

Ceci a-t-il échoué, ou est-il impraticable ? On en vient à l'opération radicale, à l'excision[1]. Mais si les végétations sont

[1] Toute opération sanglante est contre-indiquée chez une femme enceinte :

humides, rouges, spongieuses; si, par conséquent, on a à prévoir beaucoup de saignement, il convient d'abord de les *dessécher*; ce qu'on obtient en les encapuchonnant chacune, trois fois par jour, de charpie humectée d'une forte solution d'acétate de plomb. On continue ces pansements pendant les cinq ou six jours qui précèdent l'excision. Faute de cette précaution, le sang masquant les surfaces malades, on risquerait de ne pas couper exactement en entier les pédicules et surtout de laisser intactes plusieurs végétations inaperçues : ce qui nécessiterait une seconde opération. — Avec le desséchement préalable, j'ai depuis longtemps réalisé, dans cette chirurgie minime, les bienfaits de l'ischémie.

Ainsi préparé, le sujet étant debout, s'il s'agit du gland, assis si c'est la vulve, le chirurgien met successivement à découvert et en saillie chaque végétation, en déployant de la main gauche le tégument qui la supporte. Il faut ne tendre ce tégument qu'au degré suffisant pour en effacer les plis : trop distendu, sa section donnerait lieu à une perte de substance plus large qu'il n'est nécessaire.

La végétation ainsi mise en relief, on la coupe d'un seul coup de petits ciseaux courbes sur le plat, à lames minces. Si le malade est ferme et docile, le chirurgien expérimenté et doué d'une bonne vue, l'opération peut se terminer en quelques minutes. Ceux qui ont vu Ricord faucher ainsi l'hortolage du clos des Capucins n'oublieront jamais l'instructive leçon de ce spectacle. On arrose de temps en temps la partie d'eau froide. Presque jamais il n'est besoin de ligatures. Pour pansement, mettez un peu de charpie sèche sur laquelle vous appuyez quelques minutes ; si le saignement persiste, faites coucher le malade dans une situation telle que la région opérée soit la plus élevée. Cela suffit pour arrêter l'hémorrhagie.

d'abord l'émotion résultant de l'acte opératoire pourrait causer un avortement; puis, le plus souvent, on voit les végétations guérir d'elles-mêmes, après l'accouchement.

Quelque habilement que l'excision ait été faite, bien qu'on ait eu soin de comprendre dans la section une petite partie du tégument sous-jacent, il y a quelquefois récidive. Il faut alors, après l'excision faite à nouveau, cautériser la ou les *racines*. Mais ici se présente une difficulté. Si vous cautérisez immédiatement, le sang qui coule encore délaiera le caustique. Remettez-vous au lendemain?... un nouvel obstacle va résulter de ce que la petite plaie est alors déjà réunie. Je recommande, en ce cas, au malade excisé de revenir *dans deux heures*. A ce moment, la plaie ne saigne plus, mais elle est encore ouverte. J'y porte vivement le bout pointu d'une allumette, trempé dans l'acide nitrique — et bien égoutté —; la douleur est cuisante, mais la garantie est complète.

Lorsque des végétations anciennes, confluentes, stratifiées forment à la vulve, à l'anus, sur le gland, des champignons énormes, qui gênent les fonctions et altèrent la forme des organes, il faut opérer avec le bistouri, après anesthésie; et souvent ensuite le fer rouge doit intervenir comme moyen hémostatique, ainsi que pour détruire les restes de la masse végétante.

Les végétations non pédiculées sont toujours beaucoup plus difficiles à détruire. On y parvient cependant quelquefois assez aisément lorsqu'elles sont partagées en lobes distincts, en portant l'allumette taillée à plat et imbibée du caustique, dans le fond de chacun des sillons qui séparent ces lobes. On peut substituer à l'acide acétique l'acide nitrique qui est plus actif. Mais si la surface est unie, il faut procéder autrement; et je ne connais pour ce cas que deux bons moyens.

Voici le premier, le plus simple:

N° 54. — « Deux fois par jour, frotter chaque végétation avec le bout du doigt, ou avec une petite spatule chargée de la poudre suivante:

Poudre de sabine.	ãã 6 grammes.
» d'alun calciné.	

(Pulvérisez séparément chaque substance, et mêlez-les très-intimement — *Formulaire de l'Antiquaille*).

« Continuer les frictions plusieurs jours, jusqu'à ce qu'elles aient déterminé de l'irritation à la surface. Les cesser alors ; et les recommencer lorsque l'irritation aura cessé. »

Par une série de ces frictions faites avec persévérance, on peut obtenir la diminution graduelle et finalement la disparition totale des végétations.

Ce procédé, cependant, n'est rien moins qu'infaillible ; et parfois il faut en arriver à la cautérisation réellement destructive de la couche épigénique implantée par une large base sur le tégument. Pour en venir à bout sans trop de dégâts, sans s'exposer à faire porter inutilement la destruction à une largeur et à une profondeur trop grande, je donne la préférence au caustique dont on peut le mieux mesurer et limiter l'action dans tous les sens, à la pâte de Canquoin. On l'applique comme je l'ai dit ci-dessus (v. p. 101), après avoir mis à vif la superficie de la masse végétante, au moyen d'une couche de pâte de Vienne laissée en place pendant 3 ou 4 minutes.

Quoiqu'elles ne siégent jamais à plus de 10 ou 15 millimètres de profondeur, les végétations intra-urétrales nécessitent parfois, pour être excisées complétement, le débridement préalable du méat.

Malgré la multitude des moyens que nous venons de passer en revue, on voit certaines végétations récidiver invinciblement. Je devrais plutôt dire qu'on le voit chez certains individus : car il est des sujets, et chez ces sujets, il est des périodes de leur vie, où les végétations, quelque bien coupées, brûlées, desséchées qu'elles aient été, repullulent obstinément. Ceci, d'ailleurs, n'a rien de propre aux végétations ; cela s'observe de même, et journellement, pour leur parfait analogue anatomique, pour les verrues.

Il faut, en conséquence, qu'on le sache : toute végétation n'est pas exclusivement justiciable des ciseaux et du causti-

que. Quand, après les avoir détruites complétement, on les voit reparaître, soit sur place, soit à côté, et reparaître à deux ou trois reprises successives, il faut désarmer, et tout attendre d'un changement opéré dans l'organisme. On peut même dire que plus le mal récidive, plus il prouve par là qu'il dépend d'un état général, et plus il laisse l'espoir d'une guérison spontanée future.

Cet état général, peut-on le modifier?... Il faudrait pour cela le connaître; et rien n'est encore fait à cet égard. J'ai trouvé impuissant contre lui le bi-carbonate de magnésie, dont M. Lambert, de Hagueneau, avait conseillé l'usage interne. — J'ai cependant vu, dans trois cas, des végétations jusque-là réfractaires céder après que l'individu se fût trouvé placé depuis quelque temps dans de meilleures conditions de nutrition. D'ailleurs, la chloro-anémie ayant été signalée comme accompagnement ordinaire de la grossesse (durant laquelle les végétations prospèrent si bien), je n'hésite pas à conseiller les toniques, surtout le fer et un régime plus substantiel, en même temps que l'emploi permanent de quelques astringents locaux, aux jeunes gens chez qui l'épigénèse verruqueuse génitale me semble, vu l'insuccès des moyens locaux, tenir à une disposition constitutionnelle. — Du reste le praticien bien avisé ne restera jamais inactif, en cette circonstance. Tel est le nombre des topiques préconisés contre les végétations qu'il peut, et durant les quelques mois qu'exige la rénovation salutaire de l'organisme, passer sans inconvénient de l'un à l'autre. Il le peut, et dans son intérêt, il le doit. Il est bon que votre client guérisse, mais il est mieux que vous soyez censé l'avoir guéri!

COEXISTENCE DES DIVERSES MALADIES VÉNÉRIENNES.

Méconnu jadis, ce cas est d'autant plus commun cependant que, fidèle au proverbe, le vénérien retourne irrésistiblement à la source qui l'a infecté; entraînement auquel l'exis-

tence actuelle d'une maladie n'est qu'un faible obstacle, puisque, à part la chancrelle et la blennorrhagie aiguë, les affections dont la durée est la plus longue (syphilis, blennorrhée) ne rendent l'acte génital ni difficile, ni sensiblement douloureux.

Un chancrelleux vient-il à contracter un chancre ? Un chancreux à contracter une chancrelle ?... Si c'est au même point, M. Rollet nous a appris ce qu'il en résulte : un chancre *mixte*, qu'il faut traiter par la solution de nitrate d'argent, en avertissant le malade des effets constitutionnels qui s'ensuivront, et en veillant sur ces effets. — Si chancre et chancrelle siégent sur deux points distincts, traiter chacun des ulcères *selon ses mérites*, en évitant que le chancre s'inocule accidentellement du pus de la chancrelle ; ce qui en prolongerait le cours et créerait des risques de bubon.

La blennorrhagie et la chancrelle s'accordent à merveille ; car celle-ci ne gêne point l'emploi du copahu, et presque jamais celui des injections. De son côté, quelle entrave la blennorrhagie, même aiguë, peut-elle apporter au simple pansement que réclame la chancrelle ? Aucun, à moins que ce ne soit une blennorrhagie vaginale dont le liquide, coulant à pleins bords, entraînerait ou souillerait le pansement d'une ulcération de la vulve. Dans ce cas, au lieu de mettre de la charpie sur cet ulcère, on se bornera à le toucher, deux fois par jour, avec un pinceau imbibé de la solution caustique.— Le phimosis causé par des chancrelles peut, il est vrai, empêcher de faire des injections urétrales. Mais la blennorrhagie, qui coexiste alors, étant née à la même époque que la chancrelle, se trouve, tant que celle-ci dure, à l'état aigu ; et dans ce cas les injections seraient contre-indiquées : ou bien elle est à l'état chronique, c'est-à-dire il s'agit d'un suintement ancien préexistant à la chancrelle ; et alors il y a peu d'inconvénient à ajourner son traitement par injections, jusqu'à la très-prochaine guérison du phimosis symptomatique.

La chancrelle peut coexister avec une autre maladie que l'on ne compte point parmi les vénériennes, mais qui les complique souvent puisque, comme elles, elle se contracte fréquemment par le fait ou à l'occasion des rapports sexuels : je parle de la gale, et j'avertis les malades qu'ils s'exposent à inoculer leurs vésicules, si, sans s'être lavé les doigts, ils y portent les ongles, après avoir pansé leur chancrelle. — Même danger et même avis si le galeux, au lieu d'une chancrelle, avait un chancre ou toute autre lésion syphilitique nécessitant des pansements.

Mais c'est la syphilis et la blennorrhagie — et justement les deux maladies les plus fréquentes — qui, par leur coexistence, créent la complication la plus défavorable à la cure de chacune d'elles et partant la plus embarrassante pour le praticien. D'abord, en règle générale, quoi que vous disiez et ordonniez, le client soignera de préférence celui de ses maux qui l'incommode le plus, et naturellement il négligera l'autre. De son côté, le médecin, accoutumé à avoir ses aises, à régler le régime, les médications, les habitudes en vue de la diathèse, ne se voit pas, sans quelque dépit, forcé de tenir compte de la complication qui vient se mettre à la traverse. Je le dis parce que je l'ai éprouvé : rien n'est contrariant comme de voir surgir, au milieu du plan d'attaque que vous aviez combiné, une escarmouche imprévue nécessitant une dépense de forces défensives qui déjoue vos calculs et peut compromettre le résultat final. — Pour n'en citer qu'un trait, il est certain que la dépression morale, le découragement profond que cause à un sujet syphilitique la présence d'un suintement rebelle est une condition détestable pour la guérison de sa syphilis.

Que ce soit l'une ou l'autre qui ait précédé, la blennorrhagie peut se rencontrer soit à la première, soit à la seconde période de la syphilis ; et elle s'y rencontre soit à l'état aigu, irrépressible, soit mûre, à l'état répressible.

Il y a ici un point préalable à observer. Une blennorrhagie aiguë se traite, on le sait, par le régime ténu et les délayants. Mais comme la syphilis a besoin, tout au contraire, de toniques, de reconstituants, on doit adopter comme transaction de diminuer le nombre des bains, et de substituer aux boissons simplement diurétiques de l'eau avec du sirop d'écorce d'oranges amères, quelques infusions de camomille ou de germandrée, un macéré de quassia amara, l'usage d'eaux ferrugineuses comme celles de Saint-Alban, de Marcols, de la Bauche.

S'agit-il plus tard de *couper ?*... La décision devient plus difficile à prendre. Avant tout, il faut avoir étudié comparativement les allures des deux maladies ; pour la blennorrhagie en particulier, tâcher de savoir, d'après son ancienneté, sa marche, son caractère plus ou moins inflammatoire, quel temps elle demandera pour arriver à maturité.

Ce compte est établi en vue de pouvoir traiter les deux maladies en évitant de faire ingérer à la fois au patient le mercure et le copahu, deux remèdes dont l'emploi simultané ne saurait être continué sans risquer de provoquer une irritation gastro-intestinale qui, outre ses dangers directs, entraverait l'absorption des médicaments.

Pour atteindre ce but, plusieurs voies sont ouvertes ; et c'est affaire au praticien de choisir entre elles, selon les circonstances. En principe, la vérole se compose de poussées successives qui laissent entre elles des intermittences ; et nous savons que, durant ces intermittences, le mercure n'est pas indiqué. Le secret du double traitement consiste donc à conduire les choses de façon à faire concorder le moment où le copahu est *bon à prendre* avec celui où l'on peut se *passer du mercure*. Il suffit, pour cela, de pousser plus vivement ou au contraire de faire un peu traîner le traitement maturatif de la blennorrhagie, afin qu'elle se trouve répressible à l'un des moments de sommeil de la syphilis.

Si, au contraire, la syphilis est grave, si elle exige une mé-

dication énergique et prolongée, ne sacrifiez rien à cette indication ; en traitant le syphilitique, faites prendre patience au blennorrhagien, et laissez l'inflammation urétrale se consumer d'elle-même, jusqu'à ce que, quand elle sera complétement éteinte, la guérison du suintement qu'elle laisse à sa suite puisse être obtenue par les simples injections.

Il est aussi, dans cette guerre, des hasards heureux et des transactions permises. Quand le copahu est nécessaire et qu'on hésite cependant à cesser la mercurialisation, on peut la continuer soit par les frictions, soit, plus efficacement, par les injections hypodermiques.

Dans d'autres cas, la syphilis ne nécessitant, pour le moment, qu'une médication par l'iode, et la blennorrhagie étant très-mûre, je l'attaque avec succès en faisant boire, matin et soir, un verre d'eau où, après y avoir dissous 1 gramme d'iodure, on délaie 2 ou 3 grammes de poivre cubèbe pulvérisé.

PROPHYLAXIE INDIVIDUELLE.

Quoique excluant volontairement de mon sujet l'examen des mesures de police sanitaire, j'aurais encore à écrire un long chapitre si je m'attachais à signaler, pour les prévenir, les diverses causes capables d'engendrer les maladies vénériennes. En effet, ces causes viennent de partout ; il n'est pas de contact qui n'expose à en subir l'atteinte ; et la seule syphilis des nourrices, des vaccinés, des verriers, des chirurgiens, des expérimentés, etc., prêterait à des développements aussi étendus qu'instructifs.

Mais je dois me borner à la préservation personnelle instituée à l'occasion du coït ; et j'omettrai même, en outre, tout ce qui, sous ce rapport, a été conseillé d'insuffisant ou de difficilement praticable, ne voulant indiquer — mais y insistant autant qu'il le faut pour qu'on sache en tirer bon parti — que les moyens usuels que chacun a, en toutes circonstances, à sa disposition.

Avant de décrire ces moyens, j'avertis expressément qu'AUCUN N'EST INFAILLIBLE. Cela dit, j'établis la division la plus naturelle en m'adressant d'abord à ceux qui risquent de donner, puis à ceux qui risquent de prendre.

1° *A ceux qui peuvent donner.*

Porteur d'une blennorrhée suspecte de contagiosité, vous vous trouvez conduit, obligé, dites-vous, à agir comme si vous étiez bien portant[1]. Dans ce cas, il faut, avant l'acte, avant chaque acte, et le plus près possible de l'acte, nettoyer le vagin et l'urèthre. Pour le vagin, faites une injection à grande eau avec tout le contenu et tout le jet d'un irrigateur; de l'eau vinaigrée, de l'eau même suffit.—Pour l'urèthre, le meilleur détersif est le plus naturel, l'urine. Placez la pulpe d'un doigt[2] devant l'orifice; ceci fait, *poussez l'urine* avec force tout en l'empêchant avec le doigt de sortir : après cinq ou six secondes, *lâchez tout*. L'urèthre est ainsi balayé de tout ce qu'il pouvait contenir de contagieux[3]; le procédé est applicable aux deux sexes.

Porteur d'une chancrelle, le plus sûr serait de la cautériser, de les cautériser toutes au Canquoin, six ou huit heures avant l'acte[4]. En cas d'impossibilité, versez sur l'ulcère quelques gouttes de collodion; réitérez cela trois fois, à cinq minutes d'intervalle. Ainsi l'ulcère sera couvert de trois couches su-

[1] J'écris ici à l'adresse spéciale des fiancés, des époux, qui se croyaient guéris ou dont une minute d'égarement a compromis la santé, et que le jour de la cérémonie ou celui d'un retour imprévu du conjoint obligent, dans l'intérêt commun, à ne rien laisser soupçonner.

[2] L'homme est plutôt porté à fermer le canal en pinçant le bout de la verge entre deux doigts; ce qui est plus commode, mais donne moins de garanties de lavage complet.

[3] Ceci implique l'obligation de garder, avant de s'exposer, une certaine quantité d'urine dans la vessie. Le précepte est élémentaire; mais il n'importe pas moins de l'énoncer, de le répéter même, surtout à l'usage de ceux qui *répètent*.

[4] Au bout de ce temps, l'eschare est sèche dans toute son étendue, et la réaction inflammatoire ambiante est à peine commencée.

perposées d'un enduit protecteur, imperméable, d'une sorte de cuirrasse flexible ; et si vous avez soin d'huiler l'organe, quelques instants avant de l'exposer, cet enduit résistera aux frottements.

La femme a à sa disposition une manœuvre qui donne un supplément de sécurité. D'un doigt, elle peut tenir couverte la région malade ; de deux, elle peut diriger les choses de façon à faire éviter tout contact de l'organe contagionnable avec les endroits dangereux.

Porteur de lésions syphilitiques où qu'elles soient, quelles qu'elles soient, et vous tous qui, sans avoir, pensez-vous, de lésions actuelles, vous savez en puissance de syphilis, abstenez-vous, de grâce. Une lésion transmissible peut rester méconnue, vu l'indolence complète dont elle jouit le plus ordinairement. Un simple érythème du gosier, du prépuce, de la vulve, est souvent l'agent de la contagion redoutable. N'ayez donc qu'une confiance très-modérée dans la cautérisation de celles de ces lésions que vous découvrez vous-même. S'il y a urgence de vous exécuter, tâchez de vous faire examiner, cinq ou six heures avant, par votre médecin, et que lui-même, après avoir bien et complètement exploré, touche et retouche au nitrate acide tout ce qui lui paraîtra suspect.

2° *A ceux qui peuvent prendre.*

Ceci s'adresse à tous. Mais tous ne se trouvent pas également en état de suivre nos conseils ; tous, surtout, ne sont pas toujours en état de les entendre. Ainsi, il faut évidemment posséder une certaine expérience, jouir d'un certain empire sur soi-même pour prendre efficacement, avant et pendant l'acte, les précautions suivantes :

Laisser d'avance s'accumuler la matière sébacée, enduit protecteur ; sinon s'enduire d'un corps gras.

User de l'enveloppe membraneuse.

Examiner son conjoint ; l'explorer localement, s'il est possible. En tout cas, jeter un coup d'œil sur les régions où la syphilis laisse surtout des traces, aux commissures des lèvres, à la paume des mains, sur l'état des cheveux, des ongles. En feignant de badiner, tâter les ganglions sous-occipitaux, et exclure tout sujet chez qui ils paraîtraient engorgés.

Durant l'acte, pas de retards, de suspensions volontaires ; pas de répétitions trop fréquentes, si elles ne peuvent avoir lieu qu'à la condition d'être très-prolongées ; terminer chaque fois qu'on a recommencé.

Après l'acte, on retrouve tout son sang froid, doublé d'une juste frayeur. Commencez alors par bien laver l'organe qui s'est exposé. Pour la verge, immergez-la en plein dans un *large bol ou une cuvette étroite* rémplie aux trois quarts d'eau froide, condition nécessaire pour que le doigt puisse frotter exactement tous les plis, pendant que l'organe baigne dans l'eau. C'est faute de ce soin indispensable que le *dessus* de la région balano-préputiale n'étant ordinairement qu'*aspergé* et non *immergé*, les chancres et chancrelles s'y observent beaucoup plus fréquemment que partout ailleurs.

Le contact de l'eau froide a éveillé l'envie d'uriner. Urinez donc, aussitôt que vous le pouvez, et selon les préceptes ci-dessus. Cette lotion, ce balayage naturel est le meilleur des préservatifs contre le danger le plus commun, contre la blennorrhagie urétrale. Voulez-vous contre ce danger-là un supplément de garantie ?... Faites une injection de vin ou d'eau vinaigrée, que vous garderez *une minute* (j'avertis que cette minute paraît longue). Pour que cette injection serve et ne nuise pas, il y a deux règles à observer : n'introduire dans le canal que le contenu d'un quart de seringue et ne pas repousser le liquide d'avant en arrière ; fermer l'urètre non en en pinçant l'extrémité, mais en appliquant un doigt sur son orifice.

LES SYPHILITIQUES EN FAMILLE

CODE MORAL ET SANITAIRE.

M. Langlebert, dans un petit mais excellent ouvrage, a posé et discuté les différents cas qui se rapportent au mariage, à la génération, au nourrissage des sujets atteints de syphilis. Grâce à lui, ce sujet a désormais sa place marquée dans tous les traités spéciaux. On ne saurait mieux faire que notre très-spirituel confrère; mais on peut faire autrement. C'est ce que j'ai essayé dans les entretiens suivants, où je mets en action un client venant me consulter successivement sur chacune de ces questions si intéressantes. Cette forme m'a paru la meilleure pour signaler, tels qu'on les rencontre, les préjugés, les exigences, les erreurs que nous avons à combattre, pour initier, en un mot, le médecin aux difficultés parfois très-graves que soulèvent de tels problèmes où l'avenir des familles, la paix des ménages, la santé publique, les justes griefs des innocentes victimes ont en nous leurs défenseurs naturels, et bien souvent, hélas ! n'en ont pas d'autres.

PREMIÈRE VISITE.

L'aptitude au mariage.

— Docteur, j'ai eu un chancre il y a trois mois, et l'on me traite à présent pour des accidents secondaires. Je viens vous

demander si, en me soignant bien, je puis espérer d'être guéri de manière à pouvoir me marier.

— Oui sans doute : dans cette maladie, la guérison est la règle.

— Bon ! mais *quand* serai-je guéri ?

— Pour une syphilis comme la vôtre, de force ordinaire, qui date de quatre mois,... en vous soignant bien.... ce sera en moyenne, dans huit ou dix mois.

— Et à quoi pourrai-je reconnaître que je suis guéri ? Sera-ce quand je ne me verrai plus de mal sur aucune partie du corps ?

— Pour vous, cela pourrait assurément suffire. Mais vous m'avez parlé de *mariage ?* En ce cas, il faut, pour être certain de sa guérison, une autre garantie ; car l'aptitude qu'a un homme à procréer des enfants infectés, continue quelque temps encore après qu'il a cessé d'avoir des signes apparents de syphilis.

— Et ce temps, docteur, quel est-il ?

— Lorsque, à partir du dernier accident visible, vous aurez, sans faire de traitement spécifique, vu passer deux fois complétement la saison du printemps sans qu'il soit revenu de nouveaux symptômes, alors vous pourrez vous marier.

— Voyons ! nous sommes aujourd'hui en octobre 1874 Eh bien ! je me suppose, comme vous me le faites espérer, délivré de tout symptôme dans dix mois, en août 1875. Cela reporterait mon mariage après le 31 mai 1877, près de trois ans !

— Oui, le compte est juste.

— Mais c'est une éternité cela, docteur. N'y a-t-il donc pas moyen de savoir plus vite son sort? On m'a dit que, en allant aux eaux, ou en prenant une vingtaine de bains sulfureux, si vous n'êtes pas bien guéri, il *vous ressort du mal sur le corps*, et que, s'il ne *vous ressort rien*, cela prouve que vous êtes guéri.

— Le premier seul est vrai, cher monsieur. Oui, si les bains font revenir une éruption réellement syphilitique, cela prouve évidemment que vous êtes encore malade. Mais s'ils ne font rien reparaître, cela ne prouve point que vous puissiez engendrer avec sécurité. Rappelez-vous ce que je vous disais tout à l'heure : l'aptitude à procréer des enfants infectés survit à l'aptitude à avoir des symptômes apparents.

— Oui, oui, je comprends bien. Je ne comprends que trop. Mais enfin, docteur, si je m'exécute, si j'attends jusqu'au termé fixé, vous me promettez au moins, à ce prix, que je n'aurai plus aucune crainte à avoir ni pour moi, ni pour ma famille ?

— Je puis vous assurer, monsieur, que, en exécutant exactement les diverses conditions que j'ai stipulées, vous aurez toutes les chances possibles d'échapper, vous et les vôtres, au danger que vous redoutez avec raison.

— *Toutes les chances*, docteur ! Hélas ! ce n'est point là une certitude. Il n'y a donc pas, votre art ne peut donc pas donner la garantie positive que, un jour ou l'autre, on en aura enfin fini avec cette horrible maladie ? Suis-je donc condamné à toujours craindre, et à ne jamais craindre pour moi seul ?

— Vous exagérez beaucoup, cher monsieur. Le degré de certitude que je vous donne est le même que celui qui, dans la vie ordinaire, suffit, en mainte circonstance, pour autoriser un homme raisonnable à prendre une décision sérieuse. Ne nous en demandez pas davantage, et agissez en conséquence.

— Tout ceci est bien vague, docteur ; bien vague et bien triste. Voyons : les choses s'étant passées comme vous le fixez, pourrai-je, le 31 mai 1877, me marier, je ne dis plus sans rien craindre, mais sans manquer à mes devoirs d'honnête homme ? En conscience, répondez-moi oui ou non.

— En conscience, oui.

— Si vous aviez une fille, docteur, et que je vous convinsse

sous les autres rapports, dans de telles conditions me la donneriez-vous ?

— Oui, et de grand cœur, mon cher client... si le nouveau ménage me faisait l'amitié de consentir à habiter avec moi.

DEUXIÈME VISITE.

Le cas urgent de mariage.

— Docteur, il me tombe une tuile. Je vous demandais, mercredi dernier, si je pourrais un jour me marier !...

— Oui ! eh bien?

— Eh bien ! on a agi pour moi. J'ai eu le malheur de ne pas déplaire, le tort de laisser faire. Et... la noce a lieu dans trois semaines !

— Dans trois semaines !... Impossible ! il faut vous dégager. Impossible, vous dis-je...

— Et à mon tour, je vous le dis aussi, cher docteur, *impossible*. Impossible de rompre une affaire aussi avancée. Pour moi, pour les deux familles, ce serait un scandale pire que la mort !

— Je vous plains de tout mon cœur assurément, mais je ne puis que vous répéter...

— Mais n'y a-t-il donc aucune précaution à prendre, aucun moyen capable de prévenir la contagion?

— Aucun. Entrer dans cette voie serait me rendre complice de vos torts, responsable des malheurs dont vous serez probablement cause, et je refuse absolument.

— Eh bien ! soyez donc responsable, vous et la médecine, de ce qui va arriver ; car, je vous l'ai dit, je ne puis reculer. (Il prend son chapeau).

— Restez et répondez-moi. Êtes-vous un homme? Saurez-vous me comprendre et pourrez-vous m'obéir ?

— Ah ! merci, docteur, vous me sauvez plus que la vie. Ordonnez... Toutes vos instructions seront pour moi articles de loi et articles de foi.

— Asseyez-vous donc, et écoutez. D'abord, il vous est absolument interdit de procréer avant un temps que nous fixerons plus tard. Vous savez comment on s'y prend pour l'éviter?... Oui ?... Eh bien ! je vais vous l'expliquer[1]. — Et songez-y bien ! Enfreindre ce conseil exposerait non-seulement la vie des enfants à venir, mais la santé de votre femme que vous auriez infectée indirectement, comme père.

Ceci posé, comprenez bien que vous ne pouvez, *comme mari*, lui transmettre du mal que par les organes entre lesquels il s'établit, de vous à elle, des rapports, des contacts intimes. Ces deux endroits dangereux sont les organes génitaux et la bouche. — Donc, quant à cette dernière, abstenez-vous complétement de certains baisers : ce n'est qu'une habitude à ne pas prendre. Et, dans tous les cas, n'embrassez jamais, pas même sur les lèvres, dès que vous voyez, ou sentez, ou soupçonnez, chez vous, le moindre mal aux lèvres, à la langue,, au gosier surtout. Ne vous fiez point, pour avoir la sécurité, à des cautérisations qui toujours risquent fort d'être incomplètes. Cautérisez si vous voulez, mais abstenez-vous de toute intimité jusqu'à cicatrisation. — Quant à vos organes génitaux, les lésions secondaires, fort heureusement, y sont beaucoup plus rares qu'à la bouche, et elles s'y aperçoivent plus aisément. Défiez-vous surtout de celles dont on ne se défie pas, qui siégent aux bourses, au périnée, à la face interne des cuisses.

— Et, avec ces indications, docteur, je puis en toute sécurité...

— Avec ces indications, monsieur, *il est probable que votre femme sera infectée!*

La règle que je vous trace est sûre. Mais il s'agit de l'ob-

[1] Sur cet article, beaucoup de clients se disent instruits, et en réalité ne savent rien. Lisez dans leurs yeux jusqu'à quel point il faut les croire, jusqu'à quel point il faut se faire avec eux professeur, professeur toujours décent, mais suffisamment clair.

server pendant plusieurs mois, un an peut-être. Et je sais ce que l'insouciance, l'occasion, l'emportement des sens, les provocations d'un amour partagé peuvent créer de péril. Un oubli de quelques secondes... et la *vérole est faite*... Adieu, cher monsieur. Songez à tout ceci. Songez aussi à suivre un traitement spécifique, régulier. Mais rappelez-vous surtout le commencement de notre conversation ; et s'il y a quelque moyen de vous dégager sans trop d'éclat, n'attendez pas qu'il s'offre, faites le naître.

TROISIÈME VISITE.

Les dangers de la conception.

— Docteur, vous voyez devant vous un pénitent, bien qu'il ne soit qu'à moitié coupable. Je me suis marié, comme vous me l'aviez permis...

— Permis ! oh !...

— Enfin ! j'ai suivi vos bons conseils, exactement, tous sans exception. Seulement... je ne sais comment cela s'est fait. Mais depuis six semaines, il y a du nouveau.

— Madame est enceinte ?

— Hélas ! Et j'ai de rechef recours à votre expérience. Elle m'est d'autant plus précieuse que nous allons quitter Lyon. Ma femme n'accouchera pas ici. Renseignez-moi donc exactement, je vous prie, sur tout ce qui pourra arriver et sur ce que je dois faire.

— Bien volontiers. Il y a ici quatre personnes en péril : votre femme, l'enfant, vous, la nourrice. Écoutez :

Si vous avez engendré un enfant syphilitique — je dis *si*, car c'est loin d'être sûr — il peut, — je dis *il peut*, car c'est loin d'être constant, — il peut, étant dans le sein de sa mère, lui transmettre, à elle, la maladie qu'il a reçue de vous.

— Eh ! que me contez-vous là, docteur ? Mon enfant infecter sa mère !... Allons donc ! Quand une femme a la vérole, ça ne peut venir que de son mari ! — à moins que...

— Compris!... mais la science est en mesure de répondre à vos railleries comme à vos doutes. Deux mots seulement, mais tâchez de vous en souvenir.

Quand un homme prend la vérole, c'est toujours par contact, n'est-ce pas? Aussi la voit-on toujours commencer, chez lui, par un chancre au point touché. Au contraire, s'agit-il d'une femme, et d'une femme enceinte? Eh bien! on voit quelquefois chez elle les accidents secondaires éclater sans qu'il y ait eu de chancre : et cette marche insolite du mal est la preuve qu'il s'est transmis d'emblée, par le sang, de l'enfant à la mère.

Donc, pour en revenir à vous, si vers le troisième mois — c'est le terme ordinaire — votre femme a de la roséole, des croûtes entre les cheveux, etc., tous accidents que vous connaissez par expérience, mais qui, chez vous, n'ont paru que six semaines après le chancre, faites-la traiter.

— *Faites-la traiter!...* c'est fort bien. Mais vais-je donc lui déclarer qu'elle est malade, et par là compromettre...

— Innocent! on choisit son médecin, on se lie tout d'abord avec lui; puis, un jour on va le trouver. On commence par lui demander le secret; et, mis au courant et introduit dans la famille, soyez sûr que, sous prétexte de l'un des mille malaises qu'entraîne toute grossesse, il saura bien faire absorber à madame la dose nécessaire du spécifique, étiqueté *sirop pectoral* ou *grains de santé*.

— Me voilà tranquille, docteur : tranquille sur ma femme. Mais vous m'avez parlé de l'enfant aussi. Si sa mère n'est pas malade, le sera-t-il, lui?

— Il *pourra* l'être, puisque vous l'êtes, vous; tout comme il *pourra* ne pas l'être, quoique sa mère, elle aussi, ait été malade; tout comme, enfin, il *pourra* l'être, quoiqu'elle ait été traitée. Ici la médecine n'affirme rien, elle se borne à vous dire : *prenez garde*.

— Et, dans ce doute, que faire?

— Sachez d'abord deux choses. Quand l'enfant naît infecté, il ne naît pas pour cela portant dès lors des signes apparents de l'infection : ces signes ne se montrent ordinairement que quinze jours, un mois, six semaines après la naissance. — Secondement, un enfant qui a du mal vénérien à la bouche peut le communiquer à une nourrice étrangère ; mais, si c'est sa mère qui l'allaite, il ne le lui communiquera pas. Elle est la seule nourrice qui ne puisse rien prendre de lui.

Réglez-vous là-dessus. De bonne heure laissez percer l'intention de voir madame nourrir. C'est aller au-devant de ses secrets désirs ; et elle ne manquera pas d'y acquiescer. L'enfant croît donc sous vos yeux ; vous l'examinez tous les jours (censément pour vous assurer qu'on le tient propre). Si vous lui découvrez quelques boutons à l'anus, aux parties, autour de la bouche, il sera traité discrètement par votre médecin, et tout est sauvé.

— C'est fort bien arrangé, en effet, docteur; mais vous n'oubliez qu'un point. Ma femme est *très-délicate*, vous le savez, et on lui a dit qu'*elle ne pourra pas nourrir*.

— Qu'elle nourrisse seulement deux mois. Il n'en faut pas davantage. Si, à ce terme, l'enfant n'a rien eu, vous êtes sûr qu'il n'aura rien plus tard ; et l'on peut, dès lors, le confier à une nourrice, sans crainte qu'il l'infecte.

— Et si le lait manque à ma femme avant les deux mois expirés !

— On y suppléera par de bon lait de chèvre ou de vache.

— L'allaitement artificiel !... mais je l'ai entendu condamner par tous les médecins, comme funeste à l'enfant. Êtes-vous donc d'un avis différent, docteur ?

— Non, certes. Les chances de vie sont par là diminuées pour lui. Mais préférez-vous donc exposer à la contagion la nourrice qui s'en chargerait? Un enfant mort se remplace...

— Et une nourrice se guérit... Écoutez donc, docteur, vous en parlez à votre aise. Entre la mort de l'un et la mala-

die de l'autre, en saine logique comme en saine morale, y a-t-il à hésiter ?... Puis, j'agirai franchement ; je préviendrai la nourrice de ce qui peut arriver ; et avec de l'argent...

— Elle l'empochera et nourrira votre enfant à la bouillie. Même chez vous, même sous votre surveillance, ne doutez pas du succès de ses fraudes dictées par la plus juste frayeur. Femme et paysanne ! qui pourrait lutter de ruse contre elle ?

— Mais le *bout de sein* ne lui donne-t-il pas toute sécurité ?...

— D'abord, elle ne le croira jamais et agira en conséquence. Puis il ne garantit qu'une région, et les plaques péribuccales, juxta-mentonnières de l'enfant menacent tout le pourtour du mamelon.

— Eh bien ! je m'abstiendrai d'avertir la brave femme, quitte à l'indemniser si le malheur arrive..

— Ah ! vous comptez sur une transaction amiable !... C'est possible, cela s'est vu. Et si vous êtes assez riche pour étouffer sa plainte... et vos remords, essayez. Mais n'y comptez pas trop pourtant. Le *droit* des nourrices en pareil cas est maintenant reconnu, et surtout bien connu. La jurisprudence à cet égard est fixée par de nombreux arrêts, tous dans le même sens. Il n'est pas un juriste qui ne le sache, qui ne puisse éclairer sur ses intérêts et ses droits la nourrice et ceux qui l'entourent. Une indemnité ne vous sauvera pas, car elle vous tient par le procès et par la menace du procès ; et vous voilà, votre vie durant, à la merci d'une grossière villageoise, de son ivrogne de mari, qui savent comment il faut *vous faire marcher* et desquels il dépend que votre considération, que la paix de votre ménage, l'honneur de deux familles, l'avenir même de vos enfants aillent péricliter dans la publicité de débats scandaleux !...

Alcippe, à ce discours, je vous trouve un peu morne.

— Brrrr !... Oui, oui, décidément, docteur, vous avez

raison. De deux maux, il est clair qu'il faut choisir le moindre ; et il est plus moral, je le vois maintenant, de priver le nouveau-né d'une chance de vie sur mille, que d'exposer — et presque à coup sûr, n'est-ce pas, — une pauvre femme bien innocente de mes torts !

QUATRIÈME VISITE.

La question de nourrice.

Au docteur Diday, à Lyon.

« Au secours, docteur, je vous en prie ! Voici ce qui m'arrive :

« Ma femme n'a pas eu de mal pendant sa grossesse ni depuis l'accouchement, qui date, aujourd'hui de trois mois.

« Quant à l'enfant, le plan de conduite que vous me traçâtes était excellent ; mais il nécessitait ma présence continuelle. Et, par malheur, je suis quelquefois appelé subitement à Paris.

« Tout marchait donc à souhait lorsque, au quinzième jour, profitant d'une de mes absences, ma belle-mère, — la peste étouffe les meilleures ! — ma belle-mère, qui n'avait jamais vu de bon œil sa fille allaiter, fit sa petite révolution. Invoquant la santé du marmot qui, selon elle, dépérissait, elle l'envoya en nourrice.

« Aujourd'hui, ce que vous aviez prévu arrive. L'enfant a eu des boutons ; la nourrice a du mal ; elle l'a, dit-elle, communiqué à son mari, et je suis menacé de recevoir du papier timbré !

« Ce n'est pas tout, docteur. Circonvenu par ma belle-mère, le médecin accoucheur, non-seulement a conseillé de mettre l'enfant en nourrice, mais s'est chargé d'en trouver une. Il croyait pouvoir le faire en toute assurance ; car moi, ne voyant jusqu'ici de mal ni à ma femme ni à mon enfant, j'avais jugé inutile de lui faire une confession toujours pénible. — La

nourrice, qu'il a non-seulement autorisée mais invitée à prendre mon enfant, le rend responsable et menace de l'appeler subsidiairement en garantie pour le payement des dommages-intérêts qu'elle va réclamer. Et lui, ne nous trouvant malades ni moi, ni ma femme, incline à croire que le mal a été non pas communiqué *à* la nourrice, mais communiqué *par* la nourrice.

« Mon avoué me confirme dans cette pensée. Aussi, une consultation entre trois médecins d'ici a-t-elle déclaré que « nous ne présentions, ma femme ni moi, aucun symptôme, « aucune trace de syphilis. » Muni de cette pièce, fort du soupçon que fait peser sur la nourrice la maladie coexistante de son mari, notre avoué veut aller de l'avant, et parle d'introduire, en mon nom, une demande reconventionnelle; attitude qui, d'après lui, sauverait tout.

« Un seul point l'arrête, — et c'est ici que vous pouvez me tirer d'embarras, docteur. Il s'agit de prouver non pas tant, vous le comprenez, ma santé actuelle que ma santé passée. — Or, on sait que j'ai habité Lyon ces deux dernières années; et, comme je n'ai pas laissé ignorer nos bonnes relations, vous vous trouvez naturellement désigné pour être mon garant en cette circonstance.

« Envoyez-moi donc, cher docteur, un petit bout de certificat, rédigé à votre gré, comme vous savez si bien le faire. C'est un acte de simple obligeance, et qui ne vous compromettra en rien, car, je vous le répète, grâce à vos bons soins, je suis maintenant exempt de symptômes; et s'il m'en revenait, je vous promets de ne pas vous exposer, en me laissant examiner dans ce moment-là, à recevoir un démenti. Il n'y aura peut-être pas même besoin, dit mon avoué, de montrer ce certificat. La nourrice et son mari sont aussi ignorants des affaires qu'on le puisse souhaiter. En prenant vis-à-vis d'eux l'offensive, on en aura facilement raison; et si je vous importune de cette demande, ce n'est qu'afin de me sentir en

que la belle-mère, dont les sourcils froncés... Mais ça c'est votre affaire, mon cher client. *Rendez-la heureuse!...* Et croyez à ma plus cordiale sympathie.

« P. D. »

CINQUIÈME VISITE.

Le blennorrhagien fiancé.

— Mon cher docteur, il faut que vous me tiriez d'un mauvais pas. Je vais me marier : le jour est fixé. Et... voyez ce qui m'arrive !

— En effet, c'est une belle chaudepisse avec inflammation commençante. Ça date de huit ou dix jours, n'est-ce pas ?

— Oui, docteur. Dix jours, tout au juste. Puisque vous avez si bien deviné, sauvez-moi, je vous en prie.

— Et vous, puisque vous avez si bien vu commencer la maladie, pourquoi n'êtes-vous pas venu me trouver plus tôt ?

— Ah ! voilà ! un pharmacien m'avait assuré que ce n'était rien ; qu'il me guérirait avec des injections de sa composition, à 5 francs le flacon. Mais, j'ai compris trop tard qu'il m'a trompé, ou qu'il ne sait pas son métier.

— Pardon, c'est le mien qu'il ne sait pas ; et c'est assez naturel, ne l'ayant point étudié... Mais laissons cela, vous voilà à la tête d'un écoulement qui va durer cinq ou six semaines au minimum. Et... à quand votre mariage?

— Dans trois semaines, docteur. Et c'est le dernier délai... Je l'ai déjà fait reculer autant que possible.

— Eh bien !

— Eh bien ?... Mais je m'adresse à vous, docteur, pour que vous abrégiez ce temps de moitié. Avec votre talent et votre réputation, moi consentant d'ailleurs à faire absolument tout ce que vous ordonnerez, il me semble que je ne demande là rien de bien extraordinaire.

— Merci bien de votre bonne opinion. J'aurais pu la mériter si vous m'aviez consulté au début de la maladie. Mais,

aujourd'hui qu'elle est déclarée, nous n'avons plus les mêmes moyens pour en triompher. Nous ne l'étoufferions un instant que pour la voir reparaître dès qu'on cesserait les remèdes, et reparaître devenue alors plus rebelle à nos moyens de traitement.

— Vous êtes désespérant, docteur. Que faire donc? Faudra-t-il, pour une pareille misère, renoncer à mon mariage?

— Peut-être serait-ce, en somme, le meilleur parti. Mais avec une ferme décision et beaucoup d'empire sur soi-même, on peut se tirer de là. Êtes-vous décidé?

— Parlez, maître, et j'obéis!

— Il faut, d'abord, renoncer à user de vos droits de mari pendant les quinze ou vingt premiers jours....

— Renoncer! oh! docteur, que me dites-vous là?

— Eh quoi! déjà vous reculez! et cette obéissance annoncée?...

— Écoutez donc, docteur : j'ai promis... tout ce qui ne dépend que de moi. Mais je ne saurais m'engager pour autrui. Et « ce que femme veut.... » vous savez!...

— Vraiment!... Mais est-ce donc une veuve que vous allez épouser?

— Non, docteur, c'est une jeune personne parfaitement bien. Mais, pour mon malheur, elle a été élevée dans un pensionnat de Paris; et vous comprenez... Tenez, pour être franc, je suis sûr que, sans rien savoir, elle s'attend bien à quelque chose!...

— Eh bien! voyons : notre interdiction n'est point sans appel, et il y a un tempérament à l'usage de ceux de nos clients qui en ont trop; car je soupçonne fort, mon gaillard, que c'est votre propre cause, non celle de madame, que vous plaidez en ce moment.

— Et quand ce serait, mon Dieu? Un homme de trente ans n'est-il pas excusable de sentir et de penser autrement qu'un docteur de soixante?

— Fort bien ! voici donc à quelles conditions je vous permets d'être jeune. Nous allons, dès à présent, traiter votre maladie par les adoucissants les plus actifs (boissons délayantes à profusion, bains tièdes prolongés et répétés tous les deux jours, opiacés, bains locaux, laxatifs, révulsifs sous-uréthraux, anti-érectifs, hygiène appropriée). De cette manière, l'inflammation au jour de la noce sera considérablement diminuée.

— Et alors ?

— Alors, écoutez bien ceci : pendant les quarante-huit heures qui précéderont le mariage, — le mariage à l'église, — vous boirez, matin et soir, une cuillerée à bouche de potion de Chopart, et vous ferez quatre ou cinq fois par jour une injection astringente (je vous en écrirai, le moment venu, la formule). Grâce à cette médication, vous serez momentanément *sec* au jour voulu, et pourvu que vous ayez soin d'uriner un instant avant, par excès de précaution, tout ira bien, car tout ira sûrement.

— Ah ! docteur, que je vous remercie ! Laissez-moi vous serrer la main. Je savais bien que la science et vous, vous étiez gens de ressources. Me voilà donc sûr d'être guéri, et guéri en quarante-huit heures ! Savez-vous que quand vous le voulez, docteur, vous faites bien les choses !

— Oh ! oh ! mais nous ne nous comprenons plus, mon ami. Je n'ai point dit que, après ces deux jours de traitement, vous serez guéri. Je vous indique seulement, sur votre demande, un expédient, un moyen de tarir *temporairement* le flux contagieux. Je vous mets à même de planter votre drapeau, de prendre possession sans danger ; mais pour pouvoir ensuite cultiver le terrain conquis, il faudra et un nouveau traitement, et des privations ainsi qu'une diplomatie toutes nouvelles.

— Comment, docteur ! ce que vous aurez si habilement obtenu, il faudra le laisser perdre ! car, c'est bien de couler à nouveau, j'allais dire à perpétuité, que vous me menacez. Mais

cependant puisque j'aurai été, à un moment donné, guéri, le plus fort ne sera-t-il pas fait? Et n'y a-t-il donc pas de remèdes pour me maintenir dans cet état?

— Non! l'espérer serait la plus complète des illusions, y travailler la plus dangereuse des fautes; croyez-le, sur ce point, il n'y a pas de transaction possible. Autant j'ai été accommodant tout à l'heure, autant, ici, je dois me montrer rigoureux. Il faut absolument, — absolument, vous l'entendez! — que, dès le lendemain, vous permettiez à l'écoulement de reprendre son cours.

— Et pour combien de temps? Pour un ou deux mois, peut-être!... Ah! docteur, vous êtes cruel!

— Cruel!... mais permettez; ce n'est pas moi qui juge ici, c'est la nature qui vous condamne; et je ne fais, en ce moment, que vous signifier d'avance son arrêt. Vous n'avez pas le choix entre les deux partis. Vous voyez-vous, au lendemain des noces, tâchant, à force d'injections et de copahu, de vous rendre capable de continuer la vie conjugale?... Hélas! au prix de souffrances locales sans trève, d'assujettissements honteux pour dissimuler le traitement, de craintes incessantes pour la santé de madame, vous ne pourriez espérer que de faire pendant encore douze ou quinze jours un fort piteux mari. Mais lorsque enfin, de guerre lasse, vous cesseriez les remèdes, l'écoulement reparaîtrait tel qu'auparavant, mais plus indomptable, vu l'habitude des remèdes prise.

— Allons, docteur, je vois qu'il n'y a pas à hésiter, je me livre à vous. Que faire?

— Agir non en mari, mais en homme : aborder de front la situation. Dès le surlendemain de la cérémonie, prétextez une indisposition. Ce que madame éprouvera elle-même alors par suite des premières approches lui fera à merveille comprendre ce dont vous vous plaindrez, vous. N'usez, pour le désigner, que de termes vagues. Bornez-vous à parler d'*échauffement*, d'*ardeur d'urine*. Que jamais, surtout, que jamais,

entendez-vous, dans un de ces épanchements si naturels entre jeunes époux, il ne vous arrive de dire ou de laisser deviner la vraie cause. Ce mouvement *part d'un bon naturel*, je le reconnais, car la confession est le besoin d'une âme délicate. Comme moraliste j'y applaudis donc ; mais comme vieux praticien, je dois vous avertir. Tôt ou tard, vous auriez à regretter un tel aveu ; à la première discussion, votre femme, ignorante aujourd'hui, mais bien vite éclairée par ses bonnes amies, s'en emparerait, et en ferait retentir le ménage, au besoin les tribunaux !

— Merci, docteur, merci bien de l'avis. Mais quant à moi, quel traitement devrai-je suivre durant ce temps d'épreuve ?

— Trois verres d'eau par jour et deux bains par semaine.

— Et puis ?...

— Et puis c'est tout... en fait de médicaments, du moins. Joignez-y la continence, une certaine surveillance du régime, sans rigueurs trop compromettantes ; et, avec l'aide du temps, vous arriverez ainsi à l'époque où, en huit ou dix jours, de faibles doses d'opiat et quelques injections d'eau et de vin vous remettront en pleine et sûre disponibilité... Allez, et ne péchez... que le moins possible.

SIXIÈME VISITE.

Le blennorrhagien en vacances.

— Monsieur, vous savez bien ? c'est moi qui suis cet étudiant en médecine, que vous soignez pour une blennorrhagie, depuis près de six semaines. Vous m'aviez dit, vous vous en souvenez, qu'elle serait mûre au bout d'un mois ?

— D'un mois environ, mon ami ! en pareil cas, je dis toujours *environ*. Eh bien ?

— Eh bien ! monsieur, voici dans quinze jours les vacances de Pâques. Je viens vous prier de me la couper ; car vous comprenez combien il me serait désagréable d'avoir à faire des remèdes pendant que je serai chez mes parents.

— D'accord; mais explorons, avant tout. Hum!... Voilà encore un peu de rougeur du méat; puis, ici, sur le coin de la chemise, une tache jaune assez épaisse. — Souffrez-vous durant l'érection?

— Si je souffre!... (se reprenant) oh, c'est-à-dire, presque plus, monsieur.

— Bon, j'ai compris. Comme tous les clients, mon futur confrère, vous voulez me forcer un peu la main. Mais je lis à travers vos réticences; et votre blennorrhagie est tout juste mûre, si tant est qu'elle le soit.

— Eh bien! monsieur, je vous en prie, essayons! oh! vous pouvez compter sur ma docilité et mon exactitude.

— Je n'en doute pas, mon ami; car je me rappelle personnellement ce que tolère de cubèbe l'estomac d'un étudiant de vingt ans. Et vous ne doutez pas non plus, je l'espère, de mon désir de vous obliger. Mais où est, actuellement, votre intérêt véritable? C'est ce qu'il faut examiner. « Essayons, » m'avez-vous dit? — Faisons mieux, raisonnons:

Votre blennorrhagie est à peine mûre. Si, dès à présent, vous prenez des spécifiques, tout ce qu'on peut espérer d'eux c'est qu'ils auront, dans douze jours, fait cesser l'écoulement. Mais ce résultat aura été trop difficilement obtenu pour n'avoir pas impérieusement besoin, si l'on veut le maintenir, d'être secondé par un régime sévère, des abstentions assujettissantes, et par des injections astringentes répétées très-régulièrement trois fois par jour.

— Mais, monsieur, je vous l'ai dit: rien ne me coûtera pour guérir. Ma mère ne manque jamais de visiter mon linge; et j'aurais trop à rougir...

— Qu'elle le trouvât jaune, j'entends. — Mais, malheureux enfant, est-ce que le premier chiffon venu porté en travers du méat et retenu par le prépuce, ou un mouchoir plié en quatre et piqué par deux épingles en dedans de la chemise, ou le classique *chausson*, ne vous mettront pas en règle vis-

à-vis de la surveillance maternelle ? Et songez, par contre, au revers de la médaille. Votre situation est bien un peu celle de l'enfant prodigue, n'est-il pas vrai ? Eh bien ! l'on vous attend pour tuer le veau gras. Mais n'en doutez point, on vous attend surtout pour observer comment vous allez l'arroser. Toutes les invitations qui accueillent un étudiant au retour ne sont pas purement amicales. Dans la moitié au moins d'entre elles, flairez une éprouvette. Si papa fait volontiers sauter, au dessert, un bouchon de champagne; si vos oncles se relaient pour vous offrir bocks, vermouth et bitter ; si tante Eudoxie insiste plus que d'habitude pour qu'on vienne goûter son Saint-Péray, c'est que ces gens-là, voyez-vous, ont lu un chapitre de Ricord, et qu'ils vous appliquent, à table, le vieux proverbe : « Dis-moi ce que tu refuses, et je te dirai... »

— Oui, je vois bien, monsieur, que j'aurais beaucoup de peine à suivre, chez moi, le régime et surtout le traitement consécutif que vous dites nécessaire. Mais ne pourrait-on pas couper dès à présent, sauf à ne commencer les injections que lorsque je serai revenu de vacances ?

— Hélas ! mon pauvre ami, ce ne serait pas à commencer : ce serait *tout à recommencer*. L'écoulement, momentanément dompté par le copahu, reparaîtrait pendant votre absence ; et quand vous reviendriez à Lyon, votre constitution venant de subir récemment l'effet du médicament, celui-ci n'aurait plus ou presque plus de pouvoir sur le mal, et il faudrait de nouveau temporiser et fort longtemps, pour vous refaire une impressionnabilité à son action curative, puis ensuite reprendre tout le traitement. Faites le compte, voyez le total et prononcez.

— Quel parti y a-t-il donc à prendre, monsieur?

— Le plus simple et à la fois le meilleur. Pour le moment, vous le voyez, nous sommes dans de détestables conditions pour tenter de couper votre écoulement ; car, comme il n'est que *presque mûr*, il faudrait, pour avoir *quelques chances* de

réussir, un traitement et un régime que les circonstances vous rendent à peu près impossible de suivre avec l'exactitude et pendant le temps nécessaires.

Changeons donc de plan. Au lieu d'un essai immédiat, fatalement condamné à échouer, employez, jusqu'après vos vacances, le temps à *couler*. Tout ainsi devient facile. D'abord le traitement à suivre chez vous sera des plus simples, puisqu'il consistera uniquement à boire trois ou quatre verres d'eau par jour; et, quant au régime, autant il importe de soutenir par de rigoureuses abstentions l'effort médicateur qu'on tente par les spécifiques, autant il est indifférent de commettre quelques infractions durant la période où on laisse couler. Dans ce dernier cas, les imprudences commises ne coûtent que quelques jours de retard; tandis que, dans le premier, elles compromettent un résultat qu'on ne peut pas de longtemps, lorsqu'il a été manqué d'abord, essayer de produire une seconde fois.

Conclusion : en agissant ainsi, mon ami, vous épargnez votre estomac; vous ménagez plus sûrement votre réputation; vous ne perdez pas même de temps, et enfin vous aurez une guérison radicale, au lieu de la *goutte*, conséquence presque inévitable du traitement intempestivement hâtif que, faute d'y avoir bien réfléchi, vous me pressiez de vous ordonner.

JEUNESSE ET GÉNÉSIE.

Je m'étais toujours promis de faire, sur ce sujet, une conférence publique, complément indispensable, ce me semble, d'une bonne éducation. Dès son adolescence, le jeune homme, poussé par un instinct irrésistible, explore, étudie, interroge l'appareil générateur. Mais les organes et les fonctions de cet appareil sont pour lui autant d'inconnues sur lesquelles il n'ose aller nulle part solliciter un éclaircissement. Aussi se forge-t-il mille chimères, et ordinairement plus inquiétantes

les unes que les autres. Tout lui est mystère ; aussi tout lui devient terreur. Une conformation naturelle, une sécrétion entièrement physiologique prennent, à ses yeux, le caractère de maladies. Ces *clients bien portants* peuplent nos cabinets, lorsque, après des mois, des années d'hésitations, d'angoisses, d'insomnie, il se décident enfin à y venir frapper.

Écoutons-les quelques instants :

1° — Monsieur, je crois que j'ai un chancre.

— Ça ? mais c'est un fragment de matière sébacée.

2° — Pour sûr, j'ai des végétations.

— Où donc ?

— Là, voyez, tout autour de la calotte.

— Mais c'est la série des papilles nerveuses qui, normalement, hérissent la base du gland.

3° — Monsieur, je viens vous consulter pour des pertes de semence.

— Quand viennent-elles ? le jour ou la nuit ?

— Le jour, monsieur. Oh ! je suis bien malade, allez ! j'ai des pertes à chaque instant. Il me suffit d'approcher une femme...

— Chut ! asseyez-vous là, mon jeune ami, et veuillez m'écouter.

Il sort par l'urèthre trois espèces de matières : 1° le sperme ; ce qui arrive soit quand on *voit* une femme, soit quelquefois en dormant, mais alors ordinairement en rêvant à une femme ; dans ce cas, on a senti une jouissance ; et, quand on s'éveille on se trouve mouillé d'un liquide abondant ayant une odeur et formant sur le linge des taches de couleur toute particulière ; 2° le liquide de la prostate ; celui-ci d'aspect et de consistance assez semblables au sperme, mais qui s'en distingue en ce qu'il sort seulement pendant les efforts faits pour aller à la selle, après les dernières gouttes d'urine, et *sans jouissance* ; 3° enfin le liquide muqueux sécrété par les parois du canal ; celui-ci sort après toute érection prolongée,

surtout en présence d'une femme qu'on désire ; il est d'une transparence parfaite et très-filant, ne donne lieu, bien entendu, à aucune jouissance [1]. — Eh bien ! mon ami, de ces trois liquides, il n'en est qu'un, le premier, dont la perte soit nuisible, constitue une maladie.

— Pourtant, monsieur, j'ai lu dans un livre fait pour les gens du monde, que les pertes *diurnes*...

— Ces livres-là, mon bon ami, sont spécialement écrits pour effrayer celui qui les lit et pour l'engager à consulter l'auteur.

— Et mon pharmacien qui me donne, depuis six mois, des dépuratifs à dix francs le flacon !

— Votre pharmacien avait probablement quelques litres de mélasse en train de fermenter, qu'il fallait écouler à tout prix.

4° — Monsieur, regardez donc ce chancre qui m'est venu dans le canal.

— Mais il n'y a rien du tout.

— Comment vous ne voyez pas, là, tout à fait à l'entrée [2].

J'abrège et me contente de mentionner : les follicules de chaque côté du frein, pris pour des chancres ; — la couleur noirâtre que donne au gland le tissu érectile sous-jacent, prise pour une gangrène commençante ; — le raphé sous-pénien, les gros follicules pileux du scrotum, pris pour des pustules vénériennes ; — les caroncules myrtiformes, prises pour des excroissances ; — les ganglions de l'aine pour des bu-

[1] Un paysan des environs de Lyon me consulta pour un écoulement *intermittent*, lequel, disait-il, reparaissait après chaque érection, et, pour me faire perdre le moins de temps, ce brave homme s'était préalablement mis en mesure de me présenter la *maladie* pendant un de ses accès...

[2] Ici, comme on le dit souvent au figuré, tout dépend du point de vue où l'on se place. Si c'est le malade qui examine lui-même l'intérieur de son méat, j'ai constaté que le rayon de lumière se reflète effectivement sur cette partie de manière à lui donner, à ses yeux, une teinte grisâtre brillante qu'un esprit tant soit peu timoré prendra pour une ulcération. Au contraire, le médecin, qui peut y regarder de plus près et sous un angle convenable, ne trouve là qu'une muqueuse d'aspect tout à fait normal.

bons, etc., etc. Tout autant de sujets d'effroi pour le client, et d'un tourment au moins égal pour le médecin ; car naturellement on l'assiége, on l'obsède tant qu'on n'est pas guéri. Et comment pourrait-on guérir de conformations qui entrent dans le plan régulier de la nature? « Comment voulez-vous, finis-je quelquefois par dire à certains obstinés de cette classe, que je vous guérisse d'avoir dix doigts et un nez? »

Mais si ces gens-là ont une affection vénérienne quelconque ou se figurent en avoir eue, comme ils savent ou croient qu'elle peut *se répandre par tout le corps*, alors il n'est pas, sur tout le corps, de partie d'apparence un peu bizarre ou inexplorée par eux jusque-là, qui, à leurs yeux, ne devienne une maladie et la preuve d'une infection constitutionnelle.

Les conformations naturelles qu'un jeune homme *se découvre* alors, deviennent la base, l'aliment de toutes les perversions syphilimaniaques. Que d'organes *très-naturels* ne nous signale-t-il pas comme autant de produits de la vérole, organes qu'il *n'avait pas*, dit-il, *auparavant !...* C'est ainsi que l'on m'a désigné comme symptômes de syphilis : la saillie que forment les follicules pileux du scrotum, — l'apophyse mastoïde, — le condyle du maxillaire inférieur, — la glande sous-maxillaire, — le repli lacinié qui côtoie les veines ranines, — les papilles de la base de la langue, — les glandules situées de chaque côté à l'endroit où la langue s'unit au pilier antérieur du voile palatin, — les plis de la muqueuse palatine derrière les incisives supérieures, — les lacunes amygdaliennes, — un segment de la surface du voile du palais circonscrit par trois vaisseaux capillaires, simulant un ulcère, — les gros follicules de la paroi postérieure du pharynx, — le point lacrymal inférieur, — la caroncule lacrymale, — le clitoris et jusqu'à l'hymen !...

En face de ces aberrations que doit faire le médecin ?

D'abord il expliquera aussi clairement que possible, en restant toujours sérieux malgré les remarques et les questions

les plus saugrenues, la structure et le fonctionnement, à l'état normal, des organes que l'on croit malades. Et cette explication aura beaucoup plus de chances d'être admise, si vous la donnez au client, dès qu'il ouvre la bouche, dès qu'il a commencé à indiquer le siége du mal dont il se plaint, et sans lui laisser le temps d'achever sa confidence. De cette manière, votre exposé physiologique échappera au soupçon d'avoir été improvisé pour la circonstance, créé pour les besoins de la cause.

Un excellent argument consiste à montrer au malade que son médecin lui-même porte les conformations qui lui causent tant d'effroi.

N'omettez pas non plus d'insister sur ce point, — et de l'en faire convenir, — que ces prétendus maux ne lui causent absolument aucune douleur, n'apportent aucune gêne à aucune fonction.

S'il s'obstine à soutenir que ces *conformations* n'existaient pas avant qu'il se fût exposé à prendre du mal, représentez-lui combien il est peu raisonnable de supposer que, avant ce moment-là — et n'ayant par conséquent alors aucune inquiétude — il se fût occupé à dresser un inventaire complet de l'état normal de ces régions dont l'aspect l'effraie maintenant.

Énumérez-lui les principaux symptômes de la syphilis, ainsi que des autres affections vénériennes; ne craignez pas de renvoyer, sur ce point, le client aux auteurs classiques, afin que, s'édifiant à cette lecture, il reconnaisse que ce dont il se plaint ne figure dans aucun tableau, dans aucune nomenclature pathologique spéciale.

Obtenez de lui l'aveu explicite que ces soi-disant lésions, quoique non traitées, n'augmentent, ne progressent en aucune manière, ne tendent ni à ulcération, ni à suppuration, ni à dégénérescence.

S'il a, concurremment, quelque maladie vénérienne, rappelez-lui qu'il a vu celle-ci diminuer, puis s'éteindre, spontané-

ment ou sous l'influence du traitement employé, mais que les fonctions ou conformations naturelles qu'il accuse ont continué à subsister comme devant.

Si cela est absolument nécessaire pour le persuader de l'inanité de ses craintes, ordonnez lui encore un traitement spécifique de quinze jours, mais en l'avertissant bien d'avance : 1° que ce traitement guérira les lésions vraiment vénériennes ; 2° qu'il n'exercera aucune influence sur les prétendues lésions ; prédiction dont la réalisation infaillible dessille les yeux les plus aveugles.

Faites, enfin, à sa raison, à son bon sens, un appel énergique. Priez-le de réfléchir — ceci s'adresse aux paysans ; c'est l'argument *ad rusticum* — que si vous leur dites, si vous leur répétez qu'ils n'ont point de mal, il faut que ce soit bien réellement la vérité, puisque, en agissant ainsi, vous allez contre vos propres intérêts. !...

Enfin si vous voyez planer encore l'ombre d'un doute, invitez-les à aller consulter pour ce *mal* un de vos confrères — un collègue en spécialité. Mais qu'ils évitent, bien entendu, de lui révéler d'abord votre propre opinion, et s'en rapportent au jugement qu'il aura porté.

Ces conseils risqueront peut-être de paraître à un lecteur ordinaire trop minutieux, trop développés. Dieu veuille cependant, qu'il ne les juge pas insuffisants le jour où il sera en face d'un malade de cette catégorie ! Je m'y suis arrêté avec une insistance particulière, d'abord parce que l'arsenal le plus complet n'a que trop d'occasions de trouver, dans ces cas, son emploi ; puis parce que les mêmes règles peuvent servir au médecin vis-à-vis des syphiliphobes, classe nombreuse dont celle que je viens de décrire n'est qu'une variété.

J'ai dit en quoi consiste la véritable perte de semence *nocturne involontaire;* et, quoique ce sujet soit en dehors de mon cadre, je ne veux pas laisser, à propos d'une affection sur laquelle il est si souvent consulté, le praticien sans un mot de renseignement.

Quoique la spermatorrhée s'établisse quelquefois, et persiste chez des jeunes gens sains, tempérants, de bonne constitution et d'habitudes hygiéniques régulières, on la voit surtout sévir sur ceux qui, mal développés, anémiques, névropathiques, ex-masturbateurs, vivent assis ou se livrent à des travaux intellectuels excessifs. Beaucoup de candidats au baccalauréat, aux écoles spéciales, ne voient cesser leurs pollutions qu'après avoir conquis le titre ou la place objet de leurs efforts trop assidus.

La dyspepsie, qui est une des conséquences ordinaires de la spermatorrhée, peut aussi l'engendrer. Il y a là une distinction assez difficile et très-importante à faire.

Remonter la constitution, mettre ordre aux conditions morbigènes, dont une enquête minutieuse lui aura révélé l'existence, tel doit donc être le premier soin du médecin. Mais cela ne suffit point ; il est des agents médicamenteux spéciaux contre la pollution nocturne, il est aussi des modifications particulières à introduire dans le genre de vie du spermatorrhéique. J'ai consigné, pour abréger, ces deux ordres de remèdes dans l'ordonnance suivante :

N° 55. — « Boire matin et soir un demi-verre d'eau (ou d'infusion de valériane, froide), avec une, et plus tard deux, puis trois cuillerées à bouche de

Eau distillée.	500	grammes.
Bromure de potassium.	18	»

« Avant chacun des deux repas, prendre deux pilules ferrugineuses de Vallet.

« Avant de se mettre au lit, prendre un lavement de deux verres d'eau froide (à la température de l'appartement); le rendre presque immédiatement.

« En se couchant, mettre sur le bas-ventre une plaque d'étain qu'on gardera en place toute la nuit[1].

« Fuir les occasions d'impressions érotiques. — Peu boire au dernier repas. — Le soir, avoir soin d'uriner deux fois, la première une heure avant de se mettre au lit, la deuxième en se couchant. — Pas de matelas trop mous. — Dormir sur le côté plutôt que sur le dos. — Éviter de marcher excessivement durant la soirée.

« S'éveiller, ou s'il le faut, se faire éveiller, vers trois ou quatre heures du matin. Alors, se lever, uriner, et ne se remettre au lit qu'après être resté, au moins pendant cinq minutes, complétement réveillé et, s'il se peut, hors du lit.

« Avant de s'endormir, se bien promettre de se réveiller dans le cas où il vous arriverait l'un de ces rêves qui suivent une direction telle que, de manière ou d'autre, on y voit infailliblement figurer une femme; et cet engagement de se réveiller, le prendre vis-à-vis de soi avec une telle force de volonté, que son souvenir persiste malgré le sommeil et soit en état d'exercer à propos, le cas échéant, son action préservatrice[2]. »

[1] Je ne saurais trop recommander ce moyen, dont le mode d'action m'est inconnu, mais qui contribue *toujours* puissamment à la guérison, et cela sans causer la moindre incommodité. La plaque est de forme triangulaire, légèrement échancrée au niveau du pubis, et recouvrant l'hypogastre jusqu'à l'ombilic. On en trouve à Lyon de toutes préparées, chez M. Chavanon, bandagiste, 12, rue de la Barre.

[2] Je ne conseille là rien qui ne soit très-possible, rien que n'accomplissent fructueusement les sujets doués de quelque énergie morale. Le malade, ainsi armé et décidé à lutter contre lui-même, doit être averti d'un piége que souvent lui tend la *bonne nature*. Souvent il est assez éveillé pour sentir que la perte va avoir lieu. Mais par paresse, peut-être par un instinct de sensualité qui ne demande qu'à transiger, il se persuade qu'il est trop tard, que l'éjaculation est assez avancée pour ne pouvoir être empêchée par le réveil; et il laisse faire!... C'est là un piége, je le répète. Du moment où l'on a conscience de ce qui se passe ou de ce qui va se passer, il n'est jamais trop tard pour essayer de

Une blennorrhagie urétrale devenue chronique est souvent la cause, et chez les sujets prédisposés, l'occasion de la spermatorrhée; l'inflammation cantonnée dans l'arrière-canal est alors le principal élément morbide à combattre. Comme on la combat avec avantage par la cautérisation, il est aisé de comprendre que les succès de la cautérisation, dans ce cas particulier, aient pu illusionner sur sa valeur réelle. C'est, effectivement, faute d'avoir suffisamment distingué les diverses espèces de spermatorrhée que l'on a été amené à considérer, à préconiser la *cautérisation* comme antidote des pertes de semence; erreur dangereuse dont une observation désintéressée n'a pas tardé à faire justice.

J'ai, pour ces cas, substitué à l'application du nitrate d'argent fondu les injections d'une solution de ce sel au cinquantième, portées au moyen de la soude à béquille sur toute la partie fermée de l'urètre (voy. ci-dessus, p. 47), injections que je répète, à quatre ou cinq reprises, tous les quatre ou cinq jours.

Parmi les toniques dont l'expérience a prouvé l'efficacité contre les pollutions, il n'en est point de comparable aux bains de mer.

IMPUISSANCE.

J'appelle de ce nom, chez l'homme, l'impossibilité d'obtenir l'éjaculation.

Partielle ou complète, temporaire ou tendant à se perpétuer, elle peut dépendre de diverses causes, soit locales soit éloignées, telles que vices de conformation, lésions organiques ou fonctionnelles de l'une ou l'autre partie de l'appareil reproducteur, atrophie, rétrécissements, dégénérescences, frigidité native, usage abusif de drogues aphrodisiaques, etc.

l'empêcher; et le plus souvent, quoi qu'on ait d'abord cru le contraire, on arrive parfaitement à temps.

D'autre part, tout ce qui affaiblit l'organisme tend à compromettre ou abolir les forces spéciales nécessaires à l'accomplissement de la fonction génitale. C'est ce que l'on observe dans la convalescence des fièvres graves, dans certaines dyscrasies. Cet effet est, par exemple, on ne peut plus sensible durant le cours de la dyspepsie, qui à la fois ôte le goût des rapports sexuels, et s'aggrave lorsqu'on a eu de ces rapports malgré la diminution d'appétence.

Néanmoins ces diverses causes ne sont pas celles de l'espèce d'anaphrodisie que le spécialiste a le plus souvent occasion de voir dans son cabinet. Mais celle-là a une étiologie complexe sur laquelle il faut s'arrêter quelques instants.

A l'état normal et dans l'âge viril, le mécanisme de l'éjaculation est le suivant : soit par le seul effet de l'imagination spontanément concentrée vers son objet idéal ou réel, — soit qu'une lecture, un spectacle, des propos lascifs excitent les désirs, — soit que la présence, le contact, les baisers y joignent leur action provocatrice, l'érection se déclare. Ce phénomène préparateur étant ainsi opéré, l'intromission a lieu et le reste de la fonction s'effectue dans les conditions d'accélération progressive et de durée communes à tous les actes organiques déterminés par l'attrait ; conditions propres surtout à celui-ci où l'acteur principal n'est pas seul en cause.

De cette description qui était nécessaire, retenez notamment ceci : que, pour que les choses se passent régulièrement, il faut, 1° d'abord, une érection qui, par la seule influence de l'esprit et des sens, et *sans le secours d'attouchements exercés sur l'organe érectile*, se soit produite au degré suffisant pour permettre l'introduction; puis 2° un degré d'impressionnabilité génésique tel que la titillation mécanique normale, opérée dans le réceptacle normal, suffise à amener l'éjaculation.

Voilà comment s'accomplit la fonction type. Mais l'homme ne l'entend point ainsi, du moins à l'état ultra-civilisé que nous avons sous les yeux. Par le fait d'une organisation sociale défectueuse, nos forces physiques ayant baissé en même temps que notre imagination est devenue plus ardente, *nous avons changé tout cela*. L'acte génital étant de plus en plus considéré comme un simple moyen de récréation agréable, nous sommes conduits à l'effectuer *plus tôt*, *plus fréquemment*, *autrement* et *ailleurs* que la nature ne l'avait édicté; car il est remarquable, — et il faut en tenir compte, — que l'exagération imprimée à l'un des deux phénomènes excitateurs de l'éjaculation suffit à la déterminer, l'autre phénomène faisant défaut. C'est ainsi que l'éjaculation survient parfois involontairement, et même subitement, par l'effet d'une forte contention cérébrale (cas signalé par le docteur Sainte-Marie). C'est ainsi, d'autre part, qu'on l'obtient sans que le désir soit le moins du monde intervenu, c'est-à-dire par des manipulations mécaniques plus ou moins prolongées.

Or, de ces infractions, de ces déviations imprimées instinctivement ou volontairement au mécanisme de la fonction il n'en est aucune qui, si l'on en prend l'habitude, ne devienne peu à peu un obstacle à son accomplissement, qui, en d'autres termes, ne soit une cause d'*impuissance*.

Ainsi, la nature a voulu que l'érection naisse du *désir*. — Contreviennent également à ce vœu, et les impubères qui provoquent manuellement l'érection avant l'âge où le désir peut se former; et, à l'autre extrémité de la vie, ceux qui, devenus incapables de désir, cherchent et trouvent les agents d'une congestion pseudo-érective dans des manœuvres qui ne parviennent à réveiller un instant la sensibilité tactile de l'organe que pour l'émousser d'abord et l'épuiser enfin sûrement.

Ainsi, la nature a voulu l'intervention du désir; mais, dans l'intérêt de la reproduction, elle n'a pas voulu qu'il fût

le seul agent provocateur de l'éjaculation ; une fois que le mobile psychique a fait son œuvre, c'est-à-dire l'érection, c'est ensuite au frottement spécial à déterminer l'excrétion finale. — Contreviennent formellement à ce vœu, ceux qui, par crainte de contracter une maladie, ou pour tout autre motif, ne pouvant ou ne voulant obtenir les dernières faveurs, s'allument l'imagination soit, en l'absence de l'objet aimé, par des aspirations, soit, à son côté, par des étreintes ou des privautés telles que, sans contact des organes, parfois même sans qu'il y ait eu érection, l'éjaculation en soit la conséquence. C'est là le cas de Jean-Jacques Rousseau ; et c'est celui d'une foule d'hommes moins célèbres, mais tout aussi inconsidérément platoniques, qui, les uns cédant à l'entraînement de la passion, les autres, tout au contraire, calculant l'amour de manière à en faire de l'*égoïsme à un*, se félicitent d'échapper par ce stratagème aux assujétissements qu'impose par la suite une possession complète, mais, viennent tous, en définitive, nous demander une consultation pour des organes peu à peu devenus, faute du fonctionnement normal, rebelles à leur stimulant naturel. — Même critique et même avertissement aux gens, d'ailleurs bien fonctionnant, qui, dans un but qu'on devine, suspendent volontairement, à un moment donné, les mouvements provocateurs, afin de retarder la conclusion. Cette petite licence se paie tôt ou tard ; et, si elle est devenue habitude, elle peut se payer cher.

Ainsi encore la nature a voulu que les choses se passent *in vase debito*. — Ceux qui, le trouvant insuffisant, ou trop suffisant, ont pris, ailleurs, d'autres habitudes, ne retrouvent plus, — lorsque, en cas de mariage, il faut y revenir — ne retrouvent plus dans le domicile légal le charme nécessaire pour y habiter utilement, pour l'occuper, selon l'expression consacrée, *en bon père de famille*. De là, une impuissance partielle, mais des plus graves, c'est-à-dire incapacité de remplir les véritables devoirs conjugaux.

Mais la nature a voulu quelque chose de plus. Pour que l'imagination aboutisse à des œuvres, il faut qu'elle s'exerce librement, sans préoccupations. C'est l'histoire des savants, des poëtes, des artistes ; c'est aussi, c'est surtout celle des amoureux. Cette fonction qui fait tout oublier, veut qu'on oublie tout pour elle. De sa nature, elle est inconsciente, instinctive, devient impossible, par conséquent, si on l'entreprend par calcul ou avec préméditation. — Ici les variétés sont nombreuses et les exemples encore plus. L'un n'obtient de sa belle que des instants comptés, dérobés à la vigilance d'un Argus. Il lui faudra, et il le sait, s'exécuter dans un temps donné... Impuissant. — L'autre croit de son honneur, quoique grisonnant, de payer le même tribut que jadis, et aux mêmes échéances.... Imprudent, il marche à un désastre.... — Celui-ci s'est dit : ma femme est jalouse, elle revient de voyage, il faut que ce soir même je dissipe ses soupçons... Hélas ! il ne fera que les redoubler. — Celui-là, qui se traite pour l'impuissance, veut savoir si le traitement a fait effet ; et dans ce seul but, il se rend en un lieu où rien autre ne l'attire, bien au contraire, afin d'*essayer ses forces*... Il échouera, alors qu'il aurait triomphé si, au lieu d'aller faire une expérience, il eût attendu une *occasion*. — L'excès d'amour lui-même, ceci est notoire, peut créer une diversion préjudiciable à la perpétration de l'acte amoureux. — Mais dans ce genre, l'espèce la plus commune est celle-ci : pour n'importe quel motif, un homme d'ailleurs bien constitué est resté une fois *à l'affront*. Eh bien ! il ne pourra, de quelque temps, se trouver dans aucune circonstance où il lui faille payer de sa personne, sans que l'appréhension de ce même accident l'expose à y retomber. Il n'abordera plus le champ clos qu'avec une défiance qui glace en lui toute initiative. Et, s'il est déjà d'un certain âge, cette mésaventure, loin de rester un fait isolé, marque souvent le déclin des forces génésiques.

Cette analyse étiologique doit suffire au praticien intelligent. Car elle lui apprend d'abord que l'impuissance ne s'appelle pas unité, mais bien plutôt *légion;* — elle le met à même d'en distinguer les variétés; — enfin, en spécifiant les conditions génératrices des diverses espèces du mal, elle lui révèle, à titre soit de préservatif soit d'agent curatif, les ressources offertes, par ce vaste et fertile champ de *simples*, que Amédée Bonnet avait commencé à cultiver sous le nom de *thérapeutique fonctionnelle.*

En effet, à part les cas de lésion matérielle ou de débilitation constitutionnelle, l'impuissant est moins un malade à droguer qu'un pénitent à confesser. Avec une décence parfaite, mais avec une clarté égale, commencez par le mettre à l'aise sur ce sujet scabreux; éclairez-le; provoquez, puis écoutez ses doléances. Alors formulez selon le cas.

Il est des préceptes généraux applicables à tous. A tous, il faut prescrire un régime réparateur, une vie exempte de soucis et d'application intellectuelle, l'exercice modéré en plein air, les bains de rivière et en toute saison des douches froides, des ablutions et des quarts de lavement à la même température. Quelques bains de siége de dix minutes dans de l'eau salée, à 25 degrés, l'hydrothérapie, les bains de mer sont très-utiles.

J'use parfois avec avantage de l'électricité, des ferrugineux, seuls ou associés à la strychnine. Hors l'ambre gris, je n'ai jamais ordonné les aphrodisiaques proprement dits, les cantharides, le phosphore. A quelques sujets, il convient de désigner avec les détails nécessaires un ensemble de conditions, qui réunies pourront décider de l'issue de la lutte. Evidemment, si, après quelques semaines d'absence, et par conséquent d'économies, le mari part en guerre trois quarts d'heure[1] après

[1] En novembre 1853, ayant le soir à discourir, à Bordeaux, devant un auditoire d'élite, je confiais mes appréhensions au si regretté Durand-Fornas, mon ami et, ce jour-là, mon amphytrion. Mais lui, d'une main tenant une fine bouteille et de l'autre tirant sa montre : « A quelle heure prenez-vous la parole? — A huit heures et demie, » répondis-je. — « Eh bien! je finirai de verser à

un repas où la truffe aura figuré — (la parfumée est seule efficace) — et arrosé d'une demie Haut-Barsac et de deux verres de Moët — il importe ici de doser — il aura plus de chances de rentrer honorablement dans ses domaines que l'humble vaincu de la veille, qui tente en tremblant un dernier effort pour s'y glisser à l'aide d'une stratégie combinée de sang froid.

A un point de vue plus spécial, interdisez sévèrement les moyens physiques usités pour produire l'érection (attouchements, calorique, raréfaction de l'air, compression à travers la paroi rectale). — Interdisez aussi ces longues séances de préliminaires que l'on prolonge jusqu'à ce qu'ils soient devenus des agents trop efficaces, et aient réalisé le résultat par le seul moyen de l'imagination surmenée. — Interdisez surtout toute tentative qui serait faite en vue d'éprouver ses forces. Que celui qui se défie de lui-même attende une circonstance où se trouvent réunies autant que possible les conditions de *besoin* génésique réel, vivement ressenti, d'impulsion passionnelle, d'isolement ; qu'il ait tout son temps à lui, et n'ait point à se préoccuper du chant de l'alouette ; qu'il n'ait à appréhender de trouver chez sa compagne ni un juge exercé, ni surtout un critique railleur. C'est parce qu'il offre réunies toutes ces chances de succès que le lit conjugal opère des miracles. Au sein de la pleine sécurité qu'il inspire, avec la rassurante certitude du lendemain, un époux sent peu à peu se fondre la honte, le respect humain, la sourde révolte contre soi-même, l'écrasante conscience d'une situation ridicule, la petite vanité qui, au sortir de chaque défaite, vous pousse (sur la foi d'un perfide conseil de Montaigne) à recommencer l'attaque avec des forces à peine ralliées, en un mot tous ces mille riens où s'alimente l'impuissance ; et si, dans un moment de délire amoureux, ou entre deux sommes, il a pu, une seule

sept heures trois quarts ; et vous m'en direz des nouvelles. C'est le *moment psychologique* ou *psychogénique* du Bordeaux ! »

fois, parvenir à s'*oublier*, la victoire est à lui ; et ce premier succès est le gage de triomphes désormais irrévocablement assurés.

Confiant dans cette douce influence pour dénouer le nœud fatal, je n'hésite pas à permettre, à conseiller le mariage à tous ceux dont la faiblesse, bien étudiée dans ses causes, me paraît ne tenir qu'aux conditions défectueuses dans lesquelles ils ont exercé jusque-là. Je ne leur dis, bien entendu, rien de ce que je viens d'expliquer ci-dessus. Je risque seulement une question sur la fiancée, pour savoir si elle est douée de la *grâce suffisante;* j'écarte le plus souvent de la candidature les veuves; j'éloigne toujours la belle-mère; je prescris, pour le soir même, quelque potion *infaillible!* Je donne, s'il le faut, la grande recette de Langlebert (p. 83, l. 20) ; et, en définitive, de tous ceux que j'ai envoyés, ainsi armés, à l'ennemi, un seul jusqu'à présent, un seul, est revenu du combat sans rapporter les dépouilles opimes.

L'impuissance par collapsus moral n'est pas la seule, assurément. Mais, outre qu'elle est la plus commune, elle complique toutes les autres espèces, les augmentant, les entretenant et les prolongeant. Un convalescent, par exemple, un dyspeptique veut essayer ses forces : naturellement il les trouve diminuées; vite la peur le prend, et le voilà livré aux chimères qui d'abord aggraveront son incapacité passagère, puis la rendront permanente en substituant, aux causes primordiales, essentiellement temporaires, qui l'avaient produite une influence des plus fâcheuses ; car, mal analysée ou mal combattue, elle peut durer autant que la vie. — Telle est, en un mot, selon moi, l'action exercée par cet état psychique, que, si l'on voulait et pouvait rigoureusement évaluer le rôle que jouent chacun des deux éléments dans l'atteinte portée aux facultés viriles, presque toujours le chiffre qui représente la part de l'imagination serait le carré du chiffre représentant la part du physique.

En dehors des perversions de l'acte fonctionnel, influence que j'ai dû étudier la première, il y a d'autres causes d'impuissance.

L'une des principales consiste dans les pertes séminales, soit volontaires, répétées avec excès, soit involontaires, nocturnes. On devine aisément leur action pathologénique ; on devine encore mieux leur remède. — L'excès opposé aboutit presque au même résultat. Un homme, qui jusque-là remplissait ses devoirs conjugaux avec régularité, a, pour une cause ou l'autre, cessé pendant un ou deux ans d'exercer cette fonction. Déshabitué du coït, il s'y trouvera inhabile lorsqu'il voudra de nouveau l'accomplir ; et un apprentissage, en quelque sorte, lui sera nécessaire, pour reprendre sa vigueur première.

Il faut ranger parmi les causes les plus fréquentes l'inflammation chronique, tenace, qui, à la suite soit de rétrécissements, soit surtout de blennorrhagies, envahit l'arrière-canal, la prostate, les vésicules séminales. Cette lésion produit deux effets connexes, savoir : 1° la promptitude trop grande de l'éjaculation ; 2° l'inaptitude à répéter le coït à bref intervalle : double inconvénient qui, sans constituer la perte réelle des forces viriles, détermine un état de *semi-imbellité*, on ne peut plus incommode, presque aussi décourageant que la véritable impuissance ; car, dans cette situation, le rapprochement des sexes se borne en réalité à un *rapprochement* et est par conséquent fort exposé à manquer son vrai but, la fécondation.

Le remède à cette forme d'impuissance est le remède qui en détruit la cause matérielle. Aussi consiste-t-il essentiellement dans le médication de la blennorrhagie chronique[1].

L'âge affaiblit, puis annihile les forces viriles ; mais, comme, à part de rares exceptions, il amortit, puis éteint dans la même progression les désirs, nous ne dirons rien de cette

[1] Voy. plus haut, p. 37.

sorte d'impuissance, qui, heureusement, ne réclame pas plus de consolations que de remèdes.

Parfois aussi c'est l'appétence génésique qui manque : et, chose remarquable, cette défectuosité coïncide en général avec des organes en apparence normalement conformés. Très-fréquente dans le sexe féminin, sa persistance est, chez l'homme, un fait exceptionnel. Ordinairement, peu à peu, en avançant vers l'âge adulte, en vivant dans un milieu mieux approprié à la culture de cet instinct, en acceptant par curiosité les occasions de l'éveiller, le jeune homme le plus en retard finit par éprouver, plus ou moins rudimentaires mais susceptibles de développement, les sensations caractéristiques. Le rôle de confident, de conseiller discret, est le seul qui convienne ici au médecin. Mais, si consciencieusement qu'il lui appartienne de la faire, cette éducation, comme toutes les autres, compte un certain nombre de *fruits secs*. J'ai observé des échecs complets, des natures assez rebelles pour ne pas ambitionner même le moindre accessit.

Enfin — en cette matière il faut tout dire, le lecteur ayant intérêt à être bien renseigné — j'ai vu, deux fois, ce que, dans notre civilisation actuelle, je puis appeler un phénomène étrange. Chez deux hommes mariés, de 26 à 32 ans, d'une classe sociale au-dessus de la moyenne, le désir existait ardent, soutenu, l'érection complète, prolongée, l'intromission était régulière; et l'éjaculation, depuis 6 et 8 mois, faisait complétement défaut !

Que se passait-il donc?... ou que ne se passait-il pas? Par un interrogatoire poussé jusqu'aux derniers détails, j'appris que, de ces deux clients, l'un ne connaissait pas du tout, l'autre, superficiellement renseigné par son père, connaissait mal la gymnastique spéciale préparatoire. Les époux se désolant, la famille, fort éclairée d'ailleurs, se voyant menacée d'extinction, j'ai dû procéder à une initiation aussi complète que

l'était l'ignorance de mes élèves. Il m'a fallu leur enseigner non-seulement l'attitude de l'exécutant, mais les intentions et jusqu'au rhythme du mouvement de ce duetto que chante d'instinct toute la nature et dont le grand chef d'orchestre avait omis de déposer la notion dans leur âme.

II

MALADIES CUTANÉES

Une fréquentation ancienne et assidue des principaux hôpitaux spéciaux de France et de l'étranger; le nombre et l'infinie variété des cas d'affections cutanées que, depuis dix-huit ans, j'ai l'occasion d'observer à Uriage; la Revue périodique que, grâce à de bienveillants appuis, il m'a été possible de consacrer depuis plus de six ans à l'étude de la dermato-syphiligraphie, tels sont mes motifs, tels sont peut-être mes titres pour mettre mon nom en tête d'un ouvrage qui manquait, on peut le dire, à l'art et à la science.

Mais, bien plus que ces diverses considérations, c'est le caractère restreint de l'œuvre qui m'a surtout tenté. Plus d'une omission, en effet, plus d'une lacune, involontaire ou non, pourra aisément y être relevée; car, dans un livre écrit exclusivement au point de vue thérapeutique, j'ai dû laisser de côté toutes les questions de doctrine, qui depuis si longtemps ont agité et, plus longtemps encore peut-être, agiteront la dermatologie. A l'exemple de M. Diday, dont il m'a été aussi profitable que naturel de suivre la trace, je me suis borné à donner, au préalable, dans chaque chapitre, une idée succincte de la maladie. Ce tableau nosologique, sorte d'introduction au traitement, n'est destiné qu'à rappeler au praticien les indications de tout ordre qui doivent le guider dans le choix des moyens curatifs. A ce point de vue, j'ai dû insister particulièrement sur l'étiologie, sur les causes directes ou éloignées, étude dont l'influence bien comprise domine toute la thérapeutique.

Enfin les eaux minérales jouent un rôle tellement important dans la cure des maladies cutanées, que j'ai cru devoir consacrer une section particulière à ce vaste et délicat sujet, habituellement trop délaissé dans les études générales qui préparent l'étudiant aux difficultés de la pratique.

Je l'ai fait afin de pouvoir subordonner les indications de détail aux considérations physiologiques qui toujours éclairent et le plus souvent jugent la question. Je l'ai fait aussi afin d'éviter les répétitions qu'aurait nécessairement entraînées l'obligation de mentionner itérativement chaque source à propos de chacune des dermatoses qu'elle peut soulager ou guérir.

A. DOYON.

[1] Je prie MM. Diday et Lailler de vouloir bien accepter tous mes remerciements pour les bons conseils qu'ils m'ont donnés.

Les classifications abondent en dermatologie. Toute nationalité, toute doctrine, toute époque médicale même revendique la sienne. Obscur ou célèbre, il n'est guère de spécialiste qui n'en ait proposé, professé une,... une pour le moins.

On a dit et l'on répète, — souvent avec plus d'emphase que de raison, — que les systèmes tuent la pratique. Ce qui se passe en fait de classifications dermatologiques suffirait à prouver la vérité relative de cette assertion. Que nous apprend, en effet, un examen rétrospectif sommaire de ce sujet?... Pendant que les anciennes divisions (Mercurialis, Willan, Bateman, etc.), basées sur des considérations purement graphiques, se disputaient la faveur publique, un avis plus radical surgit : celui de fonder l'étude des maladies cutanées sur la considération de leurs causes diverses, et cet avis se produisit à deux reprises, sous deux formes différentes.

Or, ces deux propositions, éminemment rationnelles et pratiques, ont été faites, développées, défendues par deux

hommes d'un immense savoir, d'une réputation méritée et reconnue, ardents polémistes d'ailleurs autant que judicieux praticiens, enfin occupant tous les deux un poste d'honneur dans les deux principaux hospices spéciaux de France, l'un à Lyon, l'autre à Paris.

Eh bien! malgré ces conditions si favorables à l'enfantement et à la vitalité d'un système, aucune de ces deux propositions, mises en avant l'une après l'autre, n'a pu rallier la majorité des esprits. Il y a plus, — et voici où éclate le péril de ces sortes d'aventures. — Les considérations étiologiques si sages, si incontestables en elles-mêmes, émises par M. Baumès, puis par M. Bazin, ont été discutées et attaquées avec une vivacité aussi exagérée qu'étrange. Pourquoi cela?... Selon nous, c'est l'intention manifestée de faire servir ces idées de base à un système dermatographique, qui a empêché leurs contemporains de les juger froidement, sainement, de les apprécier à leur valeur réelle, d'en tirer, pour l'application, tout le fruit qu'elles comportaient. On les eût applaudies, distribuées dans le corps de l'ouvrage; on les a combattues, se présentant, se prétendant corps de doctrine.

Ce coup d'œil, jeté sur le passé, nous justifiera de la sobriété qui longtemps encore semble imposée en pareille matière.

Ni l'espoir, ni la prétention ne sauraient nous appartenir de dresser ici l'inventaire complet des diverses classifications des maladies de la peau. — De plus patients que nous ont montré, en même temps que les difficultés, l'inanité d'un tel effort. M. le docteur Jacquaize, dans sa thèse inaugurale (De la valeur relative des bases qui ont servi à établir les classifications des affections cutanées. Strasbourg, 1862), a réuni 42 classifications, y comprise la sienne,... et dans cette exubérante nomenclature, malgré toute l'érudition qui s'y remarque, il serait aisé de relever plusieurs omissions importantes.

Notre intention est donc simplement de résumer le plus succinctement possible ce qui a trait à la question, en indiquant les principaux systèmes qui ont marqué dans la science; tels sont ceux de Galien, de Mercurialis, sur le siége présumé de ces affections; de Lorry, sur leur nature; de Plenck, de Willan, de Bateman, de Biett, de Cazenave, Schédel, etc., sur les lésions élémentaires des maladies de la peau; celui d'Alibert surtout, fondé sur les caractères généraux des maladies, qui permit de grouper par catégories les maladies cutanées ayant entre elles des symptômes communs. Cette dernière classification présentait des avantages incontestables au point de vue du traitement, en ce qu'elle permettait de comprendre dans une vue d'ensemble des affections dont la forme peut, il est vrai, varier, mais dont la cause, restant la même, conduit à des indications identiques. C'était là une idée vraiment médicale; idée qui avait sans doute l'inconvénient de ne pas préciser le diagnostic anatomique avec la même rigueur que l'école anglaise, mais dont l'incontestable avantage était de conduire à des règles thérapeutiques sûrement et fructueusement applicables. — M. le professeur Hardy, du reste, a adopté cette base de classification.

Le système de M. le docteur Devergie repose sur plusieurs éléments : élément anatomique, considérations séméiologiques et, dans certains cas, nature des maladies; c'est donc ce que nous pourrions appeler une classification mixte.

Enfin, s'appuyant sur les lésions anatomo-pathologiques des maladies de la peau, Hebra a doté la science d'une nouvelle classification. Peut-être est-ce là la véritable base pouvant servir à édifier plus tard une meilleure nomenclature. Mais il est bien difficile de préjuger dès à présent rien de positif à cet égard, et quelque rationnel que puisse paraître au premier abord cette méthode, il demeure trop évident que nous ne sommes pas encore assez avancés dans les recherches de cet ordre pour pouvoir établir avec rigueur un tableau

1° Exanthèmes non contagieux			Érythème. Urticaire. Roséole.
2° Taches	hématiques		Purpura.
	pigmentaires	hyperchromateuses	Éphélides. Mélasma.
		dyschromateuses	Vitiligo.
3° Vésicules			Miliaire. Eczéma. Herpès.
4° Pustules			Impétigo. Ecthyma. Furoncles. Anthrax. Bouton d'Alep.
5° Bulles			Pemphigus. Rupia.
6° Papules			Lichen. Prurigo.
7° Tubercules			Lupus. Lèpre.
8° Exfoliations	congénitales		Ichthyose.
	acquises		Pityriasis. Psoriasis.
9° Hypertrophies			Éléphantiasis des Arabes.
10° Atrophies			Sclérodermie.
11° Néoplasies			Mycosis. Kéloïde. Carcinome. Mélanose.
12° Maladies des glandes sébacées			Acné et toutes ses variétés.
13° Lésions de l'épiderme et des ongles			Tylosis. Onyxis. Péri-onyxis.
14° Lésions des poils			Canitie. Alopécie. Atrophie.
15° Difformités			Nœvi. Verrues.
16° Affections parasitaires	Parasites animaux		Gale. Poux.
	Parasites végétaux		Favus. Tricophytie. Pityriasis versicolor.
	Maladies à éléments parasitaires indéterminés		Pityriasis capitis. Pelade.

synthétique et philosophique des dermatoses, sur les données incomplètes que nous possédons aujourd'hui.

Le plan restreint et le but pratique de cet ouvrage devraient nous interdire d'apporter, nous aussi, une nouvelle pierre à cet édifice déjà si surchargé. Mais si nous présentons cependant, nous aussi, une classification, ce n'est nullement dans la pensée qu'elle est préférable à celles de nos devanciers ; c'est donc moins pour offrir au lecteur un modèle qu'un guide, qui lui permette de se reconnaître au milieu des diverses affections cutanées dont la ressemblance ne le déroute pas moins que la diversité.

Notre nomenclature, en effet, n'a la prétention d'être ni nouvelle, ni doctrinale, ni même homogène ; nous avons uniquement cherché le meilleur mode de groupement des affections de la peau au point de vue du but principal de ce livre, c'est-à-dire de leur thérapeutique. Aussi ne devra-t-on pas s'étonner si nous en avons emprunté les éléments, tantôt à la forme éruptive, tantôt au siége anatomique, tantôt à la constitution histologique, tantôt à un caractère séméiologique saillant, tantôt enfin, et toutes les fois que nous l'avons pu, à la nature démontrée ou présumée de la maladie.

EXANTHÈMES NON CONTAGIEUX

ÉRYTHÈME.

L'érythème est une inflammation superficielle de la peau, caractérisée par des taches rosées ou d'un rouge tendre, plus ou moins larges, diffuses ou circonscrites, formant parfois une légère saillie au-dessus de la surface cutanée, disparaissant sous la pression du doigt pour revenir immédiatement après elle et s'accompagnant ou non de desquamation.

Nous diviserons l'érythème en trois classes : 1° érythèmes idiopathiques ; 2° érythèmes symptomatiques, c'est-à-dire survenant dans le cours d'autres maladies ; 3° érythèmes généralisés. Hebra a décrit ces derniers sous le nom d'érythèmes exsudatifs.

1° Érythèmes idiopathiques.

Nous comprenons dans cette classe l'érythème simple, l'E. intertrigo, l'É. paratrime, l'É. lisse.

Érythème simple. — Il est caractérisé par l'apparition de rougeurs plus ou moins étendues, peu élevées au-dessus du niveau de la peau et disparaissant sous la pression pour reparaître immédiatement après. Ces taches rouges s'accompagnent en général d'une sensation légère de cuisson ou de démangeaison. Il peut se faire des poussées successives de plaques rouges qui donnent ainsi à la maladie une durée assez prolongée, mais le plus souvent ces rougeurs persistent peu et se terminent par desquamation.

L'érythème idiopathique peut être déterminé soit par des causes mécaniques ou physiques, telles qu'une pression lente

comme celle que produisent des vêtements trop étroits, des bandages, des siéges trop durs, etc., le calorique, le froid (brûlure, coups de soleil, air chaud ou froid, bains pris dans les mêmes conditions, etc.), soit par le contact de substances irritantes. Tout le monde connaît ces rougeurs qui sont produites par des frictions sèches, des onctions avec des pommades rances, l'action prolongée de matières âcres. Ainsi dans le coryza, dans la blennorrhagie, dans l'ophthalmie, etc., la matière sécrétée donne parfois lieu à de l'érythème sur les parties qu'elle touche. Chez les nourrices un érythème mammaire est souvent engendré par le lait aigre ; chez les enfants, les vieillards, l'incontinence d'urine, des matières fécales le provoquent très-facilement au niveau des parties génitales. Il en est encore de même des écoulements, des flueurs blanches que l'on observe chez les petites filles de trois à six ans, très-lymphatiques. Ces écoulements engendrent sur les grandes lèvres des rougeurs érythémateuses très-tenaces.

Dans tous ces cas il importe de recommander avant tout les soins de propreté, de faire des lavages répétés soit avec de l'eau chlorurée ou phéniquée, soit avec un liquide légèrement astringent, solution de sulfate de zinc, etc... ou encore de saupoudrer les parties enflammées avec des substances pulvérulentes : poudre d'amidon, de lycopode, de tan, etc.

Ce dont il faut avoir soin dans la plupart des cas, c'est d'éviter autant que possible le contact des liquides irritants; aussi doit-on avoir recours aux enduits protecteurs, tels que des onctions avec l'axonge ou d'autres matières grasses.

Certaines matières minérales, végétales et animales occasionnent encore des rougeurs analogues, circonscrites, par exemple : le foie de soufre, les semences de moutarde, les chenilles, etc.

Érythème intertrigo ou intertrigo. — Une variété particulière de cette classe, l'*intertrigo* s'observe exclusivement dans les régions où la peau est en contact avec elle-même :

aux aisselles, aux oreilles, aux fesses, au sein, aux aines, à la partie supérieure des cuisses, etc., surtout chez les personnes obèses ou les enfants. Cet érythème s'accompagne de rougeur, de démangeaison et d'un suintement tantôt séreux, tantôt purulent (*erythema purifluens*, Devergie). Dans l'intertrigo il ne se forme pas de croûtes comme dans l'eczéma, il y a, de plus, une odeur fade caractéristique. La maladie est entretenue par les frottements, par la malpropreté.

M. Hardy a décrit sous le nom d'érythème vésiculo-pustuleux l'éruption déterminée par des frictions avec l'onguent mercuriel, éruption désignée à tort par quelques auteurs comme maladie spéciale, sous le nom d'*hydrargyrie*. Cet érythème est caractérisé par des taches rouges sur lesquelles surviennent de petites vésicules ou de petites pustules, qui se rompent et sèchent très-vite, laissant après elles une tache rouge légèrement desquamante; la maladie se termine ainsi en huit ou dix jours.

Marchal (de Calvi) a le premier signalé un intertrigo qui survient aux parties génitales externes et à la partie interne et supérieure des cuisses chez les femmes diabétiques. La présence de cet érythème peut souvent aider à faire reconnaître un diabète jusqu'à ce moment méconnu.

Si l'intertrigo est le plus souvent le résultat des frottements de deux surfaces cutanées appliquées l'une contre l'autre, notamment chez les personnes grasses, il paraît d'autre part, comme l'a indiqué M. Bazin, que cet érythème s'observe assez fréquemment chez les goutteux. Aussi chez ces derniers, comme chez les diabétiques, doit-on plutôt le rattacher à la cause générale qu'à une irritation purement locale.

Traitement. — Il ressort de notre description sommaire que dans la plupart des cas la première indication à remplir est l'isolement des parties malades. Souvent l'interposition seule d'un linge en toile fine, continuée pendant un certain temps, suffit pour déterminer la guérison. On peut aussi avoir

recours à des substances pulvérulentes telles que la poudre d'amidon, de lycopode, de vieux bois, au mélange de poudre d'amidon et d'oxyde de zinc au quart et au tiers, suivant la sensibilité de la peau des sujets, etc... M. Devergie conseille aussi le coaltar mêlé à 6 ou 8 fois son poids d'amidon. Ces poudres doivent être appliquées à l'aide d'une houppe. Il faut en renouveler l'application deux ou trois fois par jour et à chaque pansement on doit avoir soin de laver les surfaces malades avec un liquide légèrement astringent : solution de sulfate de zinc, de perchlorure de fer, d'acide phénique, d'alun, au centième. Mais on obtiendra toujours les meilleurs résultats avec une solution de nitrate d'argent (2 grammes sur 20 grammes d'eau distillée), de sublimé 0,10 à 20 centigram. sur 500 gram. d'eau) ; ces applications modifient favorablement la vitalité des tissus malades. Ces solutions seront employées plus ou moins concentrées suivant les indications et les effets obtenus, parfois même on pourra faire de légères cautérisations avec le crayon de nitrate d'argent ; car ce qu'il importe, c'est dans les cas rebelles de rompre la disposition morbide des parties affectées. Quant aux pommades, nous croyons que d'une manière générale elles ont plutôt de la tendance à irriter les surfaces malades; nous leur préférons les solutions que nous venons d'indiquer ou les applications d'huile de cade au dixième ou au vingtième, renouvelées tous les deux ou trois jours. Cependant dans l'intertrigo anal la pommade à l'oxyde de zinc et au camphre ou au sous-nitrate de bismuth calme les démangeaisons et agit souvent d'une manière résolutive.

L'intertrigo est en général lié au tempérament lymphatique, il prend alors facilement les caractères de l'eczéma dont il est souvent fort difficile de le distinguer. Er. Wilson l'a décrit sous le nom d'*eczema mucosum*. Outre le traitement local, il faut alors instituer une médication reconstituante, dont le fer, les amers, les toniques de toute nature doivent former la base.

Toutefois nous ne croyons pas qu'il soit utile, comme le recommande M. Devergie, dans les cas d'intertrigo *scrofuleux*, *purifluens*, d'appliquer un exutoire au bras sain pour obtenir une dérivation : du moins n'avons-nous jamais vu survenir d'accident à la suite de la cessation de la sécrétion abondante qui caractérise cette variété d'intertrigo. Chez les goutteux ou les diabétiques, les applications locales seront également utiles, mais elles seraient souvent insuffisantes si l'on n'adjoignait pas au traitement topique une médication générale appropriée, et dans le second cas, le régime hygiénique.

L'*érythème paratrime* consiste en ces rougeurs diffuses qui précèdent souvent les eschares que l'on voit survenir dans les affections graves, après un séjour prolongé au lit. Développées sur des parties qui sont exposées à une pression continue, la première indication à remplir est donc de diminuer autant que possible cette cause ; aussi doit-on entourer de coussins circulaires les parties malades. Mais le plus souvent ces précautions sont insuffisantes, et il se produit des eschares gangréneuses qui laissent, après leur chute, des ulcérations grisâtres, sanieuses, de mauvaise nature. Ces plaies seront traitées par les moyens habituels : lotions stimulantes, suc de citron, alcool camphré, eau phéniquée, chlorurée, poudre de quinquina et de charbon, etc.

Nous n'avons rien à dire du traitement général qui doit être tout entier subordonné à la maladie principale.

Érythème lœve, lisse. — Il survient dans l'anasarque, soit sans cause bien appréciable, soit autour des mouchetures faites pour donner issue à la sérosité, sous forme de taches rouges, lisses et unies, accompagnées d'un gonflement plus ou moins prononcé. Cet érythème dure plus ou moins longtemps ; toutefois il disparaît en même temps que diminue la tension de la peau. Parfois il se complique de phlyctènes gangréneuses qui laissent après elles des ulcérations de mauvaise nature.

Dans ces cas, il faut avoir recours à des applications toniques et astringentes, telles que la poudre de quinquina et de charbon, la décoction de quina, les pansements phéniqués, etc.

2° Érythèmes symptomatiques.

Ces érythèmes surviennent en général dans le cours d'autres affections. Dans cette classe nous comprenons l'érythème pernio, les érythèmes pellagreux et acrodyniques.

Érythème pernio, engelure. — Cet érythème, pour nous, a sa place marquée entre les érythèmes de cause locale et ceux qui sont sous la dépendance d'influences générales. Dans une même pension, chez des enfants soumis aux mêmes règles, au même genre de vie, au même régime, on voit les uns toujours indemnes, tandis que d'autres présentent constamment, dès l'apparition des premiers froids et pendant toute la durée de l'hiver, ces rougeurs luisantes des extrémités que nous avons tous observées. Ces rougeurs sont le siége d'une cuisson, d'une démangeaison très-vive, et qui s'exaspère sous l'influence de la chaleur. Cet érythème qui s'accompagne de tuméfaction se déclare aux mains, aux pieds, aux oreilles, au nez. Il peut se terminer, soit par résolution, soit par ulcération. La plaie qui en résulte présente alors un aspect de mauvaise nature ; ses bords sont irréguliers, anfractueux ; le fond en est sanieux et grisâtre : la guérison est parfois assez longue à se produire.

Les engelures coïncident assez habituellement avec le tempérament lymphatique et avec des jetées scrofuleuses ; aussi est-il jusqu'à un certain point rationnel de les rattacher à la scrofule ; cependant il n'est pas rare d'en voir des exemples en dehors de toute affection diathésique, et chez bon nombre d'enfants elles disparaissent vers l'âge de dix ou douze ans.

Traitement. — Chez les sujets prédisposés, M. Bazin re-

commande les lotions fréquentes avec les liquides stimulants, l'eau-de-vie, l'alcool camphré ou phéniqué, les frictions avec la neige, l'emploi habituel de l'eau froide, en un mot, tous les moyens propres à réveiller l'activité fonctionnelle de la peau.

Bien des topiques ont été conseillés contre les engelures : nous nous bornerons à indiquer ceux qui nous ont paru donner les meilleurs résultats :

Le perchlorure de fer, employé en badigeonnages ou bien appliqué au moyen d'une petite compresse;

Ou encore lotions renouvelées plusieurs fois par jour avec une solution au borate de soude (5 à 10 grammes sur 300 grammes d'eau distillée).

M. Devergie s'est en général bien trouvé de la pommade suivante :

Axonge.	30 grammes.
Créosote.	8 gouttes.
Sous-acétate de plomb.	6 id.
Laudanum de Sydenham.	10 id.

Le cérat saturné, le liniment oléo-calcaire, les lotions de sublimé au 300e ou au 1000e (Bazin) ont souvent une efficacité réelle.

Contre les engelures ulcérées, on peut employer avec succès soit des lotions avec du vin aromatique tiède, soit les badigeonnages avec le perchlorure de fer étendu d'eau.

On pourra également avoir recours à la pommade suivante :

Baume d'Arcéus.	15 grammes.
Jaune d'œuf.	N° 2.
Teinture d'aloès.	1 gramme.
Extrait thébaïque.	0,10 centigrammes.

Les pansements avec le styrax, l'onguent digestif, la pommade au ratanhia, les topiques légèrement excitants seront toujours employés avec avantage.

En même temps — et c'est là une des plus importantes

indications — il faudra s'adresser à l'état général et combattre le lymphatisme, cause prédisposante de la maladie, par tous les moyens appropriés : huile de foie de morue, les amers, notamment les préparations de gentiane, de quina, de colombo, etc.; les ferrugineux, l'iodure de fer, etc...

Érythème pellagreux. — L'érythème n'est ici que l'un des symptômes et l'un des moindres, d'une affection grave de tout l'organisme.

L'érythème pellagreux se manifeste de préférence, au printemps, sous l'influence des rayons solaires, sur les parties du corps découvertes, notamment sur le dos des mains, aux avant-bras, au cou, sur la région antérieure de la poitrine, etc. La peau est rouge, soit par plaques, soit uniformément ; cette rougeur, comme dans tous les érythèmes, disparaît sous la pression du doigt; il y a, en général, peu de gonflement, mais au contraire un aspect lisse, parcheminé du tégument. Cette éruption cesse spontanément à l'approche de l'automne ou de l'hiver; le plus souvent elle se termine par une légère desquamation épidermique.

En même temps le malade offre une faiblesse marquée, il se fatigue vite, parfois de légers vertiges se produisent, il y a de l'inappétence, des nausées, etc.

Cet état peut se prolonger ainsi plusieurs années, toutefois à l'approche de la saison froide l'éruption disparaît et les phénomènes généraux s'amendent notablement, au point que les malades peuvent se considérer comme complétement guéris.

C'est là le premier degré de la pellagre. Mais au printemps suivant, les mêmes lésions cutanées se produisent et cela progressivement, avec une intensité de plus en plus prononcée : la peau non-seulement prend une rougeur erythémateuse plus foncée, mais elle s'amincit, devient luisante, comme parcheminée; les lamelles épidermiques qui s'en détachent sont bleuâtres, épaisses, résistantes. Les phénomènes généraux

sont aussi plus graves ; les malades se plaignent de céphalalgie, de vertiges continuels, d'éblouissements ; on les voit tristes, mélancoliques ; souvent même leurs facultés intellectuelles s'affaiblissent à un degré prononcé, quelques-uns arrivent ainsi à un état de démence qui les pousse au suicide.

C'est là le second degré de l'affection.

Dans une troisième période, pour ne parler que des phénomènes objectifs de la maladie, l'état érythémateux de la peau s'étant reproduit pendant plusieurs années de suite, il survient des altérations de plus en plus graves. Le tégument se recouvre de croûtes noirâtres au-dessous desquelles la peau est épaissie, dure, fendillée, fortement pigmentée — *elephantiasis italica* de Mason Good.

Quelle est la cause de la pellagre?... vaste et ardue question, que nous ne pouvons, que nous ne devons qu'effleurer. Le coup de soleil, l'érythème ne s'accompagne des phénomènes généraux que nous venons d'indiquer à grands traits que chez des individus placés dans des conditions particulières de santé, chez les personnes affaiblies, débilitées.

Est-ce à la misère, à une nourriture insuffisante, à un état cachectique ou bien à l'usage d'une alimentation spéciale, du maïs altéré, comme le pensent quelques auteurs, que l'on doit rattacher l'origine de cette singulière affection? Il est bien difficile de se prononcer. En Italie, où la maladie règne d'une manière épidémique, l'influence de l'alimentation par le maïs altéré est généralement admise, mais, d'autre part, on a reconnu que cette affection existait dans des pays où l'on ne faisait pas un usage habituel du maïs. Ces notions, néanmoins, ne sont point contradictoires, car la pellagre, étant à juste titre, considérée comme l'effet d'une sorte de *misère organique*, on comprend que l'usage ou exclusif, ou prédominant de grain de maïs altéré, constitue l'une des causes les plus effectives de cette affection.

Traitement. — Soustraire à l'action nuisible des rayons

solaires les régions habituellement découvertes et qui sont le siége de l'éruption érythémateuse, suffit toujours pour faire disparaître la pellagre, au moins dans ses premières manifestations cutanées. Toutefois, à mesure que les lésions de la peau vont se répétant, elles prennent un caractère de plus en plus persistant, de plus en plus rebelle à la simple précaution hygiénique qui a d'abord suffi. Les applications locales n'ont qu'une importance secondaire ; toutes les lotions émollientes ou astringentes peuvent être utiles, elles contribueront toujours à atténuer la lésion de la peau. Mais pour qu'il en soit ainsi, il importe avant tout et par-dessus tout, de modifier le régime alimentaire des pellagreux, de supprimer l'usage du maïs altéré, de le remplacer autant que possible par une alimentation convenable. Tous les agents reconstituants trouveront ici un utile emploi, mais une nourriture réparatrice et de bonnes conditions hygiéniques suffiront dans la plupart des cas pour faire cesser en même temps les lésions locales et les phénomènes généraux qui caractérisent cette maladie.

Érythème acrodynique. — L'acrodynie est une affection assez rare : elle se développe presque toujours sous la forme épidémique ; ce n'est qu'exceptionnellement qu'on l'a vue à l'état sporadique.

La première épidémie bien constatée remonte aux années 1828 et 1829, pendant lesquelles elle sévit à Paris. Depuis, d'autres épidémies se sont produites, notamment en Belgique et plus tard à l'armée d'Orient, lors de la guerre de Crimée.

De même que dans la pellagre la lésion de la peau, l'érythème cutané n'est ici qu'un des symptômes d'une maladie générale dont la cause est encore des plus obscures.

Dans l'érythème acrodynique, les mains, mais plus encore peut-être les pieds, sont rouges et tuméfiés, — on les dirait le siége d'engelures : les malades, entre autres sensations, accusent des picotements et des fourmillements parfois très-pénibles. Au bout de quelques jours ces fourmillements sont

remplacés par l'hyperesthésie superficielle ou profonde, avec élancements, etc. Il existe parfois aussi de l'anesthésie, de l'analgésie, isolées ou réunies (Tholozan). On observe de la contraction musculaire, des crampes, des soubresauts de tendons, etc. En même temps la peau est épaissie, pigmentée comme chez les individus qui ont eu un coup de soleil. L'érythème cutané est souvent compliqué de vésicules et de bulles dont la rupture est suivie de desquamation.

Après un temps plus ou moins long, les phénomènes nerveux diminuent, l'érythème disparaît et il se produit un certain affaissement qui est le point de départ de la convalescence.

Cet état érythémateux est toujours précédé ou accompagné de troubles du côté des voies digestives, inappétence, vomissements, diarrhée, etc. Enfin chez la plupart des malades on a constaté une insomnie plus ou moins opiniâtre.

Quelles sont les causes de l'acrodynie ? Il est impossible de le dire dans l'état actuel de la science. On a invoqué les variations de température, les refroidissements, les fatigues excessives, l'encombrement, la présence dans les céréales d'un champignon parasitaire, une alimentation insuffisante, etc... Toutefois à l'exception des cas sporadiques, l'acrodynie paraît se développer sous une influence épidémique dont la nature nous échappe encore complétement.

Traitement. — On devra se borner à la médecine des symptômes. Dans les cas peu graves, le repos, quelques bains émollients, le régime, une hygiène réparatrice, l'éloignement des causes occasionnelles qui ont favorisé l'apparition de l'état local, — le contact habituel avec des matières irritantes, — suffiront pour faire cesser les symptômes morbides.

Si la maladie s'aggrave, si les douleurs sont vives, M. Hardy conseille l'application de ventouses scarifiées, de vésicatoires le long de la colonne vertébrale, l'emploi des purgatifs des opiacés.

Quant à l'état local, des lotions ou des pommades résolutives suffiront toujours pour amener la guérison de lésions cutanées peu importantes en elles-mêmes, et dont la cause première doit être recherchée dans une altération plus ou moins grande de l'organisme.

3° Érythèmes généralisés.

Ces érythèmes s'accompagnent toujours de phénomènes généraux, de céphalalgie, de fièvre, de douleurs articulaires, d'un état saburral plus ou moins prononcé, etc. Ils ne sont jamais la conséquence d'une cause locale, mais jusqu'à ce jour on ignore sous quelle influence spéciale ils peuvent se produire; toutefois, sous bien des rapports, on pourrait les rapprocher des fièvres éruptives.

Ces érythèmes peuvent se présenter sous différents aspects : *E. papulatum. E. tuberculatum*, *E. annulare*, *E. iris*, *E. gyratum*, variétés que Hebra a considérées comme autant de formes de la même maladie à ses différentes périodes, qu'il décrit en bloc sous le nom d'*érythème multiforme.*

1° *Érythème papuleux* ou *érythème polymorphe d'Hebra.* — Il consiste en taches d'un rouge brun, plus ou moins saillantes, circonscrites ou disséminées, et séparées par un intervalle de peau saine. Leur forme est très-variable; elles constituent parfois des cercles dont le centre est sain : *érythème annulaire*, *circiné ;* d'autres fois, il existe une petite papule au milieu de cet anneau, ou bien un second anneau se développe autour du premier : *érythème iris ;* enfin, les anneaux primitivement isolés peuvent se rapprocher les uns des autres, se toucher, se confondre, et former des lignes sinueuses plus ou moins ondulées : *erythema gyratum.*

Ces taches constituent, au début, de petites élevures douloureuses au toucher, qui ensuite s'affaissent, s'aplatissent graduellement; il se produit alors une légère desquamation,

et la maladie disparaît sans laisser de traces. Cette éruption est, en général, indolente; quelquefois, cependant, les parties affectées sont le siége d'une sensation de chaleur et de cuisson.

L'érythème papuleux s'observe surtout aux mains, aux poignets, aux avant-bras, à la nuque, aux membres inférieurs.

Il est habituellement précédé par un malaise général, par un état saburral des premières voies, par des douleurs articulaires plus ou moins vives. Après cette période prodromique, qui varie d'un à cinq jours, les taches apparaissent. Les douleurs articulaires persistent souvent pendant toute la durée de l'éruption, parfois même après la disparition des taches.

L'érythème papuleux avec cette forme arthritique a été décrit par M. Duriau, sous le nom de *péliose rhumatismale.*

L'érythème papuleux a une marche aiguë, sa durée est d'un à trois septénaires. Quelquefois des poussées érythémateuses peuvent se faire d'une manière successive, et augmenter ainsi la durée de la maladie.

Au nombre des causes prédisposantes, figurent certainement les influences saisonnières; on l'observe presque exclusivement au printemps et à l'automne.

D'après Hebra, la roséole qui survient dans le choléra épidémique ne serait pas autre chose qu'un érythème papuleux. On le rencontrerait dans environ 1 pour 100 des cas, et notamment dans ceux ayant une terminaison favorable. Il apparaît, en général, vers la fin de la maladie, envahissant le dos des mains et des pieds, les avant-bras et les jambes, et sa coloration est d'un bleu rouge ou livide. Il ne se convertit jamais en une autre forme.

2° *Érythème noueux, fièvre essentielle érythémateuse*, de quelques auteurs. — C'est une affection constituée par des nodosités, nouures, arrondies ou ovales, dont le volume

peut varier entre la grosseur d'un pois et celle d'une noix. Ces élevures sont dures, souvent douloureuses à la pression. Leur coloration d'abord rose devient plus tard rouge sombre et même livide; enfin, il se forme une tache ecchymotique jaunâtre qui persiste souvent très-longtemps. Elles passent ainsi par les mêmes changements de couleur que les contusions résultant de violences extérieures; aussi donne-t-on quelquefois à cette maladie le nom de *dermatite contusiforme*.

Elle occupe de préférence les extrémités, le pourtour des articulations, poignets, avant-bras, jambes, malléoles; dans quelques cas, elle se généralise et envahit le reste des membres, et même une partie du tronc, la face, etc.

L'apparition des nodosités est presque toujours précédée de troubles généraux : inappétence, céphalalgie, fièvre légère. Il peut se faire plusieurs poussées successives de nodosités, et annoncées chaque fois par un malaise général. Néanmoins la durée totale de la maladie ne dépasse jamais deux à quatre semaines.

Au nombre des complications les plus constantes se trouvent les douleurs articulaires, accompagnées souvent d'un léger épanchement dans certaines articulations, de ténosite, de douleurs osseuses ou tendineuses. Quelquefois les nouures sont remplacées par un large érythème, s'étendant en surface avec gonflement œdémateux du tissu cellulaire (docteur Revillout).

Un caractère essentiel de cette éruption, c'est que la rougeur des élevures isolées ne s'étend pas à la peau adjacente, comme cela a lieu dans les autres formes d'érythème, dans l'urticaire, l'érysipèle (professeur Hebra).

L'érythème noueux devient quelquefois chronique, et l'on voit notamment chez les sujets scrofuleux des éruptions se succéder pendant plusieurs mois, et même une ou deux années. Dans cet état chronique, les tumeurs noueuses des jam-

bes peuvent persister longtemps et finir par se ramollir et s'ulcérer : *érythème induré scrofuleux* de M. Bazin.

Nous avons déjà signalé les relations qui existent entre le rhumatisme et l'érythème noueux, relations signalées depuis longtemps par les auteurs. M. Bazin se fondant soit sur les causes occasionnelles et les caractères objectifs de l'érythème noueux, soit sur ses rapports avec d'autres affections arthritiques, en fait une maladie essentiellement et exclusivement arthritique et le classe, ainsi que l'érythème papuleux, parmi les *arthritides pseudo-exanthématiques*.

Les causes qui paraissent favoriser le développement de l'érythème noueux sont : les refroidissements, les suppressions menstruelles; mais, dans bien des cas, il est impossible de rattacher son apparition à une cause quelconque. On l'observe principalement aux changements de saison. Il sévit surtout pendant l'adolescence; il est rare après trente ans.

Traitement. — Il est des plus simples, car l'évolution du mal s'opère en général dans une période définie et se termine par la guérison. Il faut donc se borner à des boissons rafraîchissantes, à quelques abstinences peu assujétissantes quant au régime. S'il y a de l'anorexie, de la constipation, on peut administrer quelques doux purgatifs salins, des amers (gentiane, quinquina). Les bains amidonés, de son, légèrement alcalins, peuvent contribuer à soulager les malades. En même temps le repos au lit, des précautions contre le froid seront très-utiles et devront être conseillés avant tous remèdes.

Si les douleurs articulaires étaient vives, on pourrait avoir recours aux moyens que l'on emploie contre le rhumatisme articulaire aigu : nitrate de potasse, sulfate de quinine, vératrine, colchique, etc... Si le malade est tourmenté par l'insomnie, on prescrira les opiacés, les anti-spasmodiques, le chloral, etc.

Comme applications locales on aura recours soit à des fomentations chaudes avec des décoctions de plantes émol-

lientes, soit à des compresses mouillées d'eau froide, comme le recommande Hebra. Mais on devra, autant que possible, éviter toute intervention locale active, l'affection cutanée n'exigeant par elle-même aucun traitement. Le professeur de Vienne s'élève notamment contre les lotions répétées avec la teinture d'arnica, pure ou diluée, conseillées banalement et qui, sur la peau de certaines personnes, donnent souvent lieu à des inflammations cutanées plus ou moins prononcées. Enfin il faut soumettre le malade à un régime doux, lui défendre les mets excitants, le vin, les liqueurs, etc.

Sous le nom d'*érythème scarlatiniforme*, M. Hardy a décrit une éruption érythémateuse qui présente la plus grande analogie avec la scarlatine, au point, qu'à un examen superficiel, on pourrait confondre ces deux affections. Après un jour ou deux de malaise, ou même sans aucune espèce de prodromes, on voit survenir sur la partie antérieure de la poitrine, aux plis du bras, aux cuisses, au ventre, d'autres fois partout, mais toujours plus fortement en avant, des plaques d'un rouge vif, accompagnées d'une légère cuisson et de démangeaisons. Au bout de 24 à 48 heures, l'éruption pâlit et il se produit une légère desquamation.

On ne saurait confondre cette éruption avec la scarlatine. En effet, dans l'éruption érythémateuse on ne trouve ni l'angine caractéristique, ni la coloration rouge des amygdales, du voile du palais, etc. Les symptômes généraux sont peu marqués. La desquamation est légère, furfuracée, tandis que dans la scarlatine elle se fait par larges plaques.

Causes obscures : changements de saison, alimentation excitante, émotions morales, etc.

Traitement. — Boissons rafraîchissantes, acidulées ; s'il y a de l'embarras gastrique, on prescrira un léger purgatif, un peu de diète ; comme topiques, de la poudre d'amidon pure ou associée à de la poudre d'oxyde de zinc et de camphre.

URTICAIRE.

L'urticaire est caractérisée par l'apparition à la surface cutanée tantôt d'élevures de dimensions variables, régulières ou non, ayant parfois l'aspect sinueux d'une carte de géographie ; tantôt de lignes rouges, ondulées, et qui semblent le résultat d'un coup de fouet : *urticaria gyrata*. Lorsque les plaques, très-rapprochées les unes des autres, se confondent, c'est l'*urticaria conferta*.

Les saillies de l'urticaire présentent une coloration blanche ou rouge; souvent aussi la plaque blanche est entourée d'une auréole rosée qui fait encore mieux ressortir la teinte pâle de l'élevure. L'éruption s'accompagne de sensations de chaleur et de démangeaisons analogues à celles que produisent les piqûres d'orties.

Cette éruption apparaît toujours brusquement et disparaît de même, après une durée de quelques heures ou de plusieurs jours, pour revenir ensuite tout à coup et de la même manière, au bout d'un intervalle plus ou moins long. C'est une affection essentiellement *erratique*. Les plaques de l'urticaire ne sont jamais suivies de desquamation.

L'urticaire peut se développer sur tous les points de la surface tégumentaire; parfois avec les élevures coexiste une tuméfaction œdémateuse plus ou moins prononcée (*urticaria œdemata*), notamment dans les régions où les tissus sont lâches : sur la figure, aux paupières, aux lèvres, aux bourses, à la région mammaire. Au niveau des articulations, la peau se tuméfie, devient rigide, au point de rendre les mouvements très-difficiles.

Le plus souvent l'éruption ortiée se déclare sans aucun prodrome ; d'autres fois elle est précédée de troubles dans les fonctions digestives, de malaise, d'embarras gastrique, de vomissements, de fièvre, etc. L'urticaire peut aussi survenir

dans le cours d'autres maladies : affections catarrhales des voies respiratoires, rhumatisme, dans certaines formes de la fièvre intermittente.

L'éruption peut envahir toute l'enveloppe cutanée ou être limitée à un point quelconque, aux mains, aux membres supérieurs ou inférieurs, à la face. Son invasion est, en général, instantanée et le malade, après avoir éprouvé une sensation de chaleur ou de démangeaison, remarque que la peau se recouvre de plaques plus perceptibles au toucher qu'à la vue.

L'urticaire a ordinairement une marche aiguë; cependant elle revêt quelquefois un caractère chronique, plusieurs poussées successives se produisant à des intervalles variables; elle peut alors persister pendant très-longtemps et devenir, par l'insomnie qu'elle occasionne, une cause réelle d'affaiblissement et de marasme.

Dans certains cas l'éruption est discrète, les élevures petites, fugitives (*urticaria ephemera*, *evanida*); dans d'autres, au contraire, les plaques sont nombreuses; elles ne disparaissent sur un point que pour revenir sur un autre (*urticaria perstans*).

Quelquefois les plaques éruptives atteignent la grosseur d'une noisette ou d'une noix (*urticaria tuberosa*) et se présentent d'ailleurs avec les caractères ordinaires de l'urticaire. Les faits relatés par Graves et M. Perroud[1], sous le nom de « tumeurs éphémères congestives de la peau, » me semblent devoir être considérés comme des exemples d'urticaire tubéreuse. Ces tumeurs ont paru liées soit à des états généraux constitutionnels ou diathésiques : scrofule, goutte, herpétisme; soit à des troubles des fonctions sexuelles : dysménorrhée, puerpéralité. Ces tuméfactions, dans les sept observations citées par l'auteur se sont toujours produites avec une

[1] *Annales de dermatol. et de syph.*, tome I.

très-grande rapidité ; en général elles ne duraient que quelques heures, même quelques minutes, et disparaissaient sans laisser de traces. Elles s'accompagnaient de rougeur, de chaleur, de sensation de brûlure et de démangeaison.

Au point de vue du traitement, il n'y a pas lieu de se préoccuper de ces tumeurs congestives en elles-mêmes ; ce sont des lésions insignifiantes et dont la gravité paraît ne tenir qu'à leur siége ; il faut se borner à combattre l'état diathésique qui les entretient.

Les caractères de l'urticaire sont si tranchés que le diagnostic est en général facile. Lorsqu'elle s'accompagne de gonflement œdémateux, on pourrait quelquefois la confondre avec l'érysipèle ; on évitera cette erreur en se rappelant que, dans la première, la rougeur est moins prononcée, la tuméfaction plus molle que dans l'érysipèle, enfin que la maladie a débuté brusquement par plusieurs plaques rouges prurigineuses, restant telles pendant toute leur durée, et non par une seule plaque se couvrant bientôt de phlyctènes.

Étiologie. — L'urticaire peut dépendre de causes externes et de causes internes.

Urticaire de cause externe. — Elle est alors produite par la piqûre soit de l'ortie, soit de certains insectes, tels que les chenilles[1], les punaises, les cousins, etc. Chez quelques personnes, une simple piqûre de puce donne lieu à des plaques d'urticaire très-nombreuses et très-étendues. Dans cette urticaire *traumatique* on aperçoit toujours, au centre des élevures, un point d'une couleur plus foncée ; c'est le siége de la piqûre.

Chez certains individus la susceptibilité de la peau est telle que l'urticaire peut apparaître sous la seule influence du grattage.

Urticaire de cause interne. — Elle survient souvent à la

[1] Leur seul contact détermine l'urticaire.

suite d'émotions morales vives, telles que la joie, la frayeur[1], la colère.

Certains aliments provoquent aussi l'urticaire. Ceux qui lui donnent le plus habituellement naissance sont : les moules, les huîtres, les langoustes, les homards, les écrevisses, le poisson de mer, surtout peu frais, le porc, les fraises, les groseilles, etc. Il en est de même de l'ingestion de quelques médicaments : le copahu, la térébenthine, l'iodure de potassium, la valériane, etc. Cet effet tient évidemment à l'idiosyncrasie des sujets, car la plupart des individus peuvent faire usage de ces substances sans le moindre inconvénient.

Parmi les causes internes, rangeons encore les troubles des voies digestives, notamment ceux qui sont occasionnés par des vers intestinaux. Le professeur Hebra et Scanzoni ont aussi signalé, au nombre des agents de l'urticaire, certaines modifications physiologiques ou pathologiques dans les organes génitaux de la femme.

Enfin, selon M. Bazin, l'urticaire chronique peut être une manifestation de la dartre et de l'arthritis.

Traitement. — La première indication qui se présente est de faire cesser les causes. Il est vrai que lorsque le malade vient vous consulter, la cause a en général disparu et la méthode expectante suffit alors pour rétablir l'équilibre. Si cependant il existe encore quelques malaises, on pourra conseiller avec avantage les boissons rafraîchissantes, acidulées : la limonade, l'orangeade, la macération de bois de réglisse, etc., un léger purgatif s'il y a encore un peu d'embarras gastrique. Mais il faut s'en tenir à la classe des tempérants ; tous les remèdes qui poussent à la peau, notamment les bains sont parfaitement inutiles et plus qu'inutiles, car ils n'auraient pour effet que de prolonger l'éruption en provoquant l'apparition de nouvelles plaques ortiées.

[1] J'ai vu, il y a peu de temps, sur une jeune femme, à la suite d'une chute dans un escalier, une urticaire envahir instantanément toute la surface du corps.

En cas d'urticaire récidivant facilement, il convient d'attacher une grande importance au régime. Avant tout, il faut proscrire de l'alimentation toutes les substances dont nous savons que l'ingestion, chez quelques personnes, est suivie de plaques d'urticaire. L'usage des viandes blanches rôties ou grillées ; la diète végétale ou lactée peuvent dans certains cas, empêcher le retour de toutes manifestations cutanées.

Si l'urticaire paraît liée à une irritation des premières voies, à une dyspepsie, on devra agir contre l'affection digestive et avoir recours aux moyens appropriés.

Lorsqu'elle est le résultat de troubles ayant leur siége dans la sphère génitale, il est souvent bien difficile d'en supprimer la cause. On n'en devra alors intervenir que plus activement dans le sens, parfois bien déterminé, des indications que fournira une étude attentive de la maladie.

Dans l'urticaire chronique, il est presque toujours à peu près impossible d'instituer un traitement rationnel, puisque l'on ignore le plus souvent les causes qui l'entretiennent. Quelques auteurs ont cependant obtenu des guérisons incontestables par l'emploi des préparations arsenicales. Dans quel sens agit alors l'arsenic, comme modificateur de la peau ou comme antipériodique?... M. Duchesne-Duparc recommande l'usage interne de la teinture d'aconit comme un spécifique contre la démangeaison. Selon Hebra, au contraire, l'arsenic, et l'aconit seraient sans efficacité contre la forme chronique de l'urticaire.

Si l'urticaire survient dans le cours d'une maladie fébrile, il suffit, par rapport à cette complication, de s'abstenir de toute médication excitante ou diaphorétique.

Le moyen qui paraît le mieux calmer les démangeaisons et les sensations analogues parfois très-pénibles, consiste en lotions froides. Les lotions vinaigrées, les topiques pulvérulents donnent en général peu de résultat. Une recommandation

qu'il importe de faire aux malades, c'est d'éviter de trop se couvrir la nuit.

L'urticaire est souvent rebelle à toutes les médications et ne disparaît que lorsque l'individu affecté a complétement changé son régime et sa manière de vivre et même sa résidence, parfois sa profession.

ROSÉOLE.

Il est assez difficile de définir bien exactement ce que l'on doit entendre par roséole. D'une manière générale, cette affection est caractérisée par des plaques rosées, très-légèrement élevées au-dessus du niveau de la peau, et disséminées sur une assez grande surface du tégument, notamment à la poitrine, au ventre, sur les membres supérieurs. Ces taches, le plus souvent confluentes, sont séparées les unes des autres par des intervalles de peau saine.

Au premier abord, on pourrait confondre les plaques de la roséole avec celles de la rougeole ; cependant, quoique dans quelques cas le diagnostic puisse présenter certaines difficultés, on se rappellera que dans l'exanthème rubéolique les plaques sont ordinairement plus larges, qu'elles tendent à se confondre et enfin qu'elles sont plus proéminentes ; ceci dit sans tenir compte de l'appareil fébrile et des fluxions concomitantes spéciales sur les orifices muqueux, accompagnement obligé de la rougeole et qui en facilite singulièrement le diagnostic. Cependant, de même que dans les exanthèmes, on voit parfois, dans la roséole, quoique à un moindre degré, une légère congestion de l'isthme guttural ; souvent aussi il existe un peu de tuméfaction et de sensibilité des glandes sous-maxillaires.

Il en est de même des phénomènes généraux : ils ne sont pas différents de ceux observés dans la rougeole, la scarlatine ou la variole ; ils s'en distingent toutefois par leur bien moindre

intensité. Toujours très-légers, d'une durée éphémère, ils ne persistent pas en général au delà de deux ou trois jours, parfois même ils sont à peine appréciables. Si l'on observe la roséole à l'état épidémique, elle n'est d'autre part jamais contagieuse. Dans tous les cas, c'est une éruption fugace, bénigne, dont la durée ne dépasse pas trois ou quatre jours.

Ce sont les éruptions roséoliques, si fréquentes au printemps et à l'automne, qui sont souvent prises à tort pour de véritables rougeoles et qui font dire à tant de parents que leurs enfants ont eu plusieurs fois le véritable exanthème rubéolique.

Que la roséole soit idiopathique ou qu'elle survienne dans le cours d'une autre maladie : fièvre grave, rhumatisme, goutte, etc., ou qu'elle apparaisse durant l'évolution d'un exanthème fébrile ou de la vaccine, etc., la roséole ne présente pas de différences essentielles. La roséole syphilitique seule mériterait de nous arrêter, mais il en a été question ailleurs, voy. p. 250.

La roséole comme nous l'avons déjà dit, se montre de préférence aux changements de saison, notamment au printemps et à l'automne, aussi l'observe-t-on souvent sous forme endémique. Les variations de température, la fatigue, les écarts de régime paraissent favoriser son développement et agir comme causes déterminantes.

Traitement. — Le traitement des éruptions roséoliques est des plus simples, car il ne faut point l'oublier, elles disparaissent le plus souvent d'une manière spontanée au bout de peu de jours. De légers laxatifs, des boissons rafraîchissantes, des amers font promptement cesser l'embarras gastrique qui accompagne ordinairement la roséole dans sa forme idiopathique. Si elle coexiste avec d'autres affections, elle n'exige pas de médication spéciale.

Localement, il est préférable de ne pas intervenir à moins

d'indications particulières. S'il existait une vive irritation de la peau, quelques lotions avec de l'eau de son tiède ou une légère solution ammoniacale en triompheraient rapidement.

Le régime doit être celui de toutes les inflammations cutanées légères : réclusion, repos, chaleur, alimentation modérée, non excitante.

TACHES HÉMATIQUES

PURPURA.

Cette affection a pour caractère fondamental la présence de taches sanguines, de dimension variable, à bords nettement tranchés, d'un rouge foncé, livide, parfois même presque noir, lesquelles *ne disparaissent pas sous la pression du doigt*. Ces taches se produisent en général d'une manière lente, successive, mais continue dans leur cours. Elles sont dues à l'extravasation du sang à travers les parois des capillaires sanguins. Elles ne sont pas suivies de desquamation, mais elles subissent les diverses transformations, par lesquelles passe tout sang extravasé, avant qu'il ne soit résorbé. Elles peuvent se manifester sur toute la surface du corps, mais on les observe de préférence aux membres inférieurs. Leur apparition est souvent précédée d'un sentiment de chaleur et de brûlure, de malaises divers, d'inappétence, de lassitude. L'éruption pétéchiale (c'est le nom ancien de cette affection), a lieu habituellement pendant la nuit ; aussi le malade trouve-t-il un plus grand nombre de taches à son réveil, ce qui est souvent pour lui une cause de préoccupation, — *purpura simplex*.

Le purpura peut, dans quelques cas, débuter par des élevures plus ou moins saillantes, irrégulières, rouges ; au bout de peu de temps ces plaques prennent une teinte foncée, s'af-

faissent et ont alors tout à fait l'aspect des taches du purpura ordinaire, — *purpura urticans*.

Quelquefois aussi dans l'intervalle entre les taches ecchymotiques, on voit survenir de petites papules d'une coloration rouge foncé (*lichen lividus*, de Willan). Taches et papules ont dans ces cas le même aspect, offrent une marche identique et subissent les mêmes transformations; aussi serait-il plus rationnel de les décrire sous le nom de *purpura papulosa*, ainsi que l'a proposé le professeur Hebra.

Enfin, le *purpura senilis* signalé par quelques auteurs comme une variété particulière, n'est qu'un purpura ordinaire survenant chez des personnes âgées.

A côté de ces formes du purpura, il existe une autre espèce de taches pourprées que l'on voit survenir dans le cours de certaines maladies générales : fièvres éruptives ou typhiques, hémophilie, affections organiques du cœur, hépatite parenchymateuse, rhumatisme articulaire aigu (*peliosis rheumatica*, de Schœnlein), etc. Ces taches ont été décrites sous le terme de *purpura hœmorrhagica* ou maladie tachetée de Werlhoff, du nom de l'auteur qui en a donné la première description. La plupart des médecins en font une affection particulière qu'ils décrivent comme une véritable entité morbide. M. le docteur Humbert Mollière dans un excellent mémoire (*Annales de dermatologie*, 1873-1874), a relaté un certain nombre d'observations, de l'étude desquelles il résulterait que le *purpura hœmorrhagica* serait un symptôme commun à un grand nombre d'états morbides, « qu'il est dû très-probablement et fort souvent à des troubles nerveux de la circulation capillaire, amenant la rupture de vaisseaux dont les parois sont déjà malades. Il y aurait donc, dans un grand nombre de cas, une fragilité des capillaires d'origine héréditaire, innée ou acquise, aboutissant à leur déchirure sous l'influence de la moindre cause. »

Il se produit simultanément, dans les circonstances préci-

tées, des extravasations sanguines sur les muqueuses ou dans les cavités séreuses. Aussi, outre les symptômes cutanés, il importe de mentionner, comme conséquences de cette localisation spéciale, des hémorrhagies multiples : epistaxis, entérorrhagie, hématurie, épanchements séro-sanguinolents dans certains organes internes, etc.

Ces altérations caractéristiques de ce qu'on a appelé *purpura hœmorrhagica*, peuvent se rencontrer dans des maladies diverses et chez des sujets présentant, sous le rapport de la constitution et de l'état général, les plus grandes variétés; aussi nous a-t-il semblé plus rationnel, de mentionner, ainsi que l'a fait M. Mollière, le *morbus maculosus* de Werlhoff, comme un symptôme, que d'en faire une entité morbide.

Énumérer les causes du purpura hœmorrhagica, ce serait faire en quelque sorte l'histoire de chaque cas en particulier puisqu'il ne s'agit ici que d'un phénomène survenant dans des états pathologiques très-divers. Quant au purpura ordinaire, l'étiologie en est fort obscure. Bien qu'on l'observe parfois chez des individus forts et vigoureux, ce sont surtout les sujets débilités, affaiblis, soumis à une alimentation insuffisante ou de mauvaise nature qui en sont le plus ordinairement atteints.

Au point de vue thérapeutique il nous suffira par conséquent de signaler les moyens que l'on pourra opposer à cet accident sans nous occuper de la maladie générale sous l'influence de laquelle il s'est développé.

Traitement. — Contre le purpura aigu, M. Devergie conseille les antiphlogistiques. On a vu, dit-il, les hémorrhagies du purpura arrêtées par une émission sanguine. Mais dans la forme chronique il ne saurait en être ainsi et c'est en général aux fortifiants, aux astringents que l'on doit avoir recours. Mais le traitement qui donne les meilleurs résultats est le perchlorure de fer préconisé par M. le docteur Pize (de Montélimart). Voici, d'après M. Devergie qui fut chargé par l'Aca-

démie de médecine de faire un rapport sur cette méthode, comment il faut l'administrer : On fait prendre dès le début 20 gouttes de solution de perchlorure de fer à 30 degrés dans 125 grammes d'eau sucrée, à prendre en trois fois dans la journée : on augmente de 4 à 5 gouttes chaque jour, de manière à arriver à 1 grammes 5 décigrammes, dose en général suffisante pour arrêter les progrès de l'affection. On soutient l'effet du médicament par des doses décroissantes. L'usage du perchlorure de fer a toujours donné des résultats satisfaisants, aussi est-il indiqué dans tous les cas de purpura accompagnés d'hémorrhagie.

On peut encore avoir recours avec avantage à d'autres agents hémostatiques : l'alun, le tannin, le ratanhia, etc... ; aux astringents : eau de Rabel, élixir acide de Haller, limonade sulfurique, etc... ; aux toniques : décoction de quinquina, sulfate de quinine, gentiane, etc. [1]...

Le froid, sous forme de lotions froides, de lavements froids peut rendre également des services. Dans tous les cas il sera utile de tenir le malade peu couvert, dans une chambre aérée, *fraîche*, de prescrire des boissons froides, acidulées, de la glace. Quant au régime, on le règlera d'après l'état général du malade. Toutefois une alimentation tonique, reconstituante mérite la préférence, à moins d'indications contraires formelles. Cela est surtout vrai lorsque le purpura survient chez des individus affaiblis soit par des maladies antérieures, soit par une nourriture insuffisante ou de mauvaise qualité. Il n'en serait plus de même pour des personnes placées dans des conditions inverses, fortes et vigoureuses, cas dans lequel un régime trop animalisé pourrait ne pas être sans inconvénients.

Telles sont les règles de traitement que nous croyons pou-

[1] Henoch a obtenu trois guérisons, dans trois cas fort graves, avec le seigle ergoté à hautes doses; Bauer recommande aussi avec insistance cette même médication. Jaccoud, *Pathologie interne*, tome II.

voir recommander et qui paraissent avoir donné les meilleurs résultats.

Quelques auteurs ont conseillé les émissions sanguines, mais c'est là une méthode peu usitée et nous pensons, avec le professeur Hebra, que dans les cas légers elle n'est pas nécessaire et que, dans les cas graves, il serait plus qu'inutile d'augmenter par des moyens artificiels la dépression considérable dont souffre déjà le malade.

TACHES PIGMENTAIRES

Ces altérations peuvent se traduire par deux ordres de lésions tout à fait opposées : celles dans lesquelles il y a une accumulation anormale de l'élément pigmentaire : *éphélides*, *chloasma*, *mélanodermies* ; celles, au contraire, où il y a diminution ou absence de pigment, *leucodermies*.

Les taches pigmentaires de la peau consistent en une teinte plus foncée de la coloration normale. Ces pigmentations anormales peuvent être *congénitales* ou *acquises* ; les premières sont connues sous le nom de *nœvi* ; il en sera question dans un autre chapitre. Quant aux pigmentations *acquises*, elles peuvent survenir sous l'influence de causes diverses et présenter une teinte plus ou moins foncée.

Ces taches pigmentaires sont idiopathiques ou symptomatiques. Les pigmentations idiopathiques résultent souvent de l'application sur la peau de substances irritantes, par exemple d'un vésicatoire, d'un sinapisme, ainsi que de pressions prolongées, etc.

L'action de la chaleur solaire, du vent, du grand air, etc., donne lieu chez quelques personnes à des taches pigmentaires plus ou moins étendues, lesquelles ont souvent les dimensions de la paume de la main et même plus, une teinte jaune ou brunâtre, des contours plus ou moins irréguliers, se détachant

des affections de l'appareil utérin, disparaît le plus souvent quelques semaines après la délivrance ou après la guérison des troubles utérins. Parfois, cependant, ces pigmentations anormales deviennent indélébiles. J'en ai vu un exemple frappant chez une demoiselle de 28 ans, qui portait depuis cinq ou six ans un véritable masque jaunâtre sur le front et les pommettes. Ces taches chloasmatiques étaient survenues à la suite d'irrégularités persistantes dans la menstruation, et sans qu'il fût possible de les rattacher à une autre cause. Depuis deux ans, époque à laquelle je la vis, les fonctions cataméniales s'étaient régularisées et, malgré cette circonstance et l'emploi de topiques de toute nature, et notamment des solutions de sublimé, l'accumulation pigmentaire anormale avait persisté.

Bien d'autres causes peuvent encore provoquer des troubles dans la coloration de la peau : ainsi, la tuberculose s'accompagne souvent de pigmentation anormale, et notamment à la face; la diathèse cancéreuse, la maladie d'Addison, la cachexie paludéenne, etc., déterminent des colorations caractéristiques de la peau. Ces pigmentations seront plus prononcées si les individus dyscrasiques sont soumis en même temps à l'action de la chaleur solaire, du grand air, s'ils sont atteints de poux, d'affections cutanées prurigineuses, etc..., — *chloasma cachectique*.

Enfin, l'absorption du nitrate d'argent, de certains produits du goudron, notamment de l'aniline, donne au tégument une teinte ardoisée, bleuâtre, toute spéciale.

A côté de ces diverses pigmentations cutanées, il en est d'autres que l'on a désignées sous le nom de *melasma*, de *mélanodermie*, de *nigrities cutis*, et qui sont caractérisées par une teinte gris foncé et même noire de la peau.

Développées sur différentes régions du corps, ces taches sont séparées les unes des autres par des intervalles de peau normale. Parfois, cependant, elles envahissent toute la sur-

face cutanée. Quelquefois elles sont le siége d'une légère desquamation furfuracée, — *pityriasis nigra*.

La mélanodermie peut être provoquée soit par des irritations locales prolongées, telles qu'on les observe, par exemple, chez les personnes couvertes de poux, et qui, par suite, se livrent à des grattages réitérés, — *mélanodermie phthiriasique*. Cette mélanodermie parasitaire coexiste presque constamment avec du prurigo; selon M. Ollivier, elle s'observe chez des gens bien portants, comme chez des personnes affaiblies par l'âge, les privations, les excès ou les maladies. D'après M. le docteur Paul Fabre (*Des mélanodermies et en particulier d'une mélanodermie parasitaire*. Paris, 1872), la vieillesse y prédisposerait. Tous les cas rassemblés par cet auteur se rapportent, en effet, à des personnes dont l'âge variait entre 44 et 86 ans. Suivant M. Fabre, la coloration dans la mélanodermie parasitaire est brunâtre, sépia, beaucoup plus intense au niveau des parties cachées dans les vêtements, les plis articulaires n'offrant pas, en général, une coloration plus foncée que les parties voisines. Les taches sont colorées uniformément, et la teinte va en s'effaçant graduellement à mesure que l'on se rapproche de la peau normale; dans le chloasma *gravidarum* et *uterinum*, les contours sont plus tranchés.

La sclérodermie, la pellagre, etc., donnent lieu parfois à une pigmentation gris noir et même noire du tégument. Enfin, dans certaines variétés d'ichthyose, l'épiderme peut prendre une teinte très-foncée.

Quelles sont les causes des taches pigmentaires? A cette question il nous est à peu près impossible de répondre. Ainsi, si pour les *lentigines*, les *taches de rousseur*, l'influence du grand air, de la chaleur solaire est incontestable, il n'en est pas moins vrai que cela ne saurait suffire pour expliquer leur apparition sur certains visages. Selon Hebra, ce ne serait là qu'un *lusus naturæ*. Aussi considère-t-il ces

pigmentations, au point de vue de leur nature et de leur signification, comme identiques aux bigarrures chez les animaux. Cette opinion ne saurait nous satisfaire, et nous sommes très-disposé à admettre que le plus souvent les plaques lenticulaires reconnaissent pour point de départ l'action du soleil s'exerçant sur une peau blonde, fine et délicate. Si ces taches ne disparaissent pas complétement l'hiver, du moins elles s'accusent toujours davantage durant l'été ; et si on en a rencontré exceptionnellement sur des régions recouvertes par les vêtements, presque toujours cependant on les voit sur le visage et sur des parties habituellement découvertes.

Quant aux pigmentations symptomatiques de la grossesse, des troubles menstruels, des affections de l'appareil utérin, etc., il est difficile de préciser de quelle manière ces états organiques peuvent augmenter la sécrétion pigmentaire. Chez les femmes enceintes, notamment, il est impossible de les rattacher à une activité plus grande de la peau des parties où se produit l'accumulation de l'élément pigmentaire. Certaines cachexies, la tuberculose, le cancer, la fièvre paludéenne, etc..., entraînent souvent une surpigmentation. Selon M. Guéneau de Mussy, les pigmentations anormales que l'on observe dans la phthisie coïncideraient habituellement avec la tuberculisation des organes abdominaux.

Mais de même que pour la teinte jaune paille qui accompagne si souvent la diathèse carcinomateuse, nous sommes obligés de reconnaître notre ignorance des causes auxquelles il faut rapporter ces dépôts pigmentaires.

Traitement. — Les taches pigmentaires étant le résultat d'une accumulation anormale de pigment, et ce dernier ayant son siége dans les couches profondes de l'épiderme, il est rationnel de chercher à détruire cette portion de l'enveloppe tégumentaire. Or tout le monde sait que les alcalis ont la propriété de dissoudre le tissu corné et de disposer la peau

à une reproduction énergique de ce tissu. Aussi devra-t-on avoir recours aux préparations alcalines, soit sous forme de lotion, soit sous forme de savon.

Dans ce but, le professeur Hebra conseille de faire sur les parties de peau pigmentées des applications, durant plusieurs nuits et plusieurs jours consécutifs, de compresses de laine imbibées de l'alcool de savon dont voici la formule :

Savon mou.	60 grammes.
Alcool.	4 id.

Sous l'influence de ces applications, le tégument prend une teinte plus foncée, il devient luisant et lisse ; peu de jours après, l'épiderme se détache, et au-dessous on voit apparaître une nouvelle couche épidermique, dont la coloration est moins foncée que celle qui la précédait. On répète cette petite opération à plusieurs reprises, et au bout d'un temps plus ou moins long la pigmentation disparaît sinon complétement, du moins en grande partie.

Le même auteur conseille aussi la pommade suivante :

Axonge.	30 grammes.
Précipité blanc.	ãã 2 gr. 50 centigr.
Bismuth.	

On l'étend sur de la toile et on l'applique, pendant la nuit, sur les parties pigmentées.

L'eau cosmétique orientale :

Bichlorure hydrargyrique. . . .	30 centigrammes.
Eau distillée.	120 grammes.
Albumine d'œufs.	N° 24.
Suc de citron..	90 grammes.
Sucre blanc.	240 id.

est une préparation très-usitée par les Orientaux pour faire disparaître les taches de rousseur et embellir la peau. Cette

préparation doit son action au sublimé qu'elle contient.

Le bichlorure de mercure forme, du reste, la base de la plupart des applications irritantes que l'on emploie contre les pigmentations cutanées. La légère inflammation qui se produit alors détermine la chute de l'épiderme et sa régénération dans des conditions normales.

Du reste, la solution peut se faire dans une émulsion d'amandes amères ou dans de l'eau de sureau ou de roses.

M. le professeur Hardy recommande de recourir à des lotions faites deux fois par jour avec la solution suivante :

Eau distillée.	125 grammes.
Sublimé.	0,50 centigrammes.
Sulfate de zinc.	2 grammes.
Acétate de plomb.	2 id.
Alcool q. s. pour dissoudre le sublimé.	

Ces diverses lotions doivent être répétées matin et soir et pendant longtemps et encore est-on loin d'obtenir toujours les résultats désirés.

Toutefois, pour faire disparaître rapidement les taches pigmentaires, le professeur Hebra conseille de se servir d'une solution concentrée de sublimé.

Eau distillée.	30 grammes.
Sublimé.	0,25 centigrammes.
Alcool q. s.	

Voici de quelle manière on doit alors opérer.

On place le malade horizontalement sur son lit ; et les parties pigmentées étant d'abord bien lavées avec du savon, puis soigneusement essuyées, on y applique de petites compresses imbibées de la solution ci-dessus. Ces compresses sont disposées exactement sur la peau et maintenues dans un état constant d'humidité, sans toutefois les déplacer. Au bout de quatre heures on enlèvera le pansement — car il importe de ne pas les laisser plus longtemps — on trouvera au-dessous la peau

rubéfiée ou soulevée en grosses phlyctènes. Dans ce dernier cas, on perce les ampoules et on soupoudre les parties enflammées avec de la poudre d'amidon. Quelques jours après, l'épiderme s'exfolie sous forme de lamelles brunâtres ; au-dessous la nouvelle couche épidermique apparaît avec une coloration normale.

Bien d'autres moyens ont encore été préconisés. Outre le mélange de galbanum et de carbonate de soude avec du vinaigre, employé par Celse et le fiel de taureau conseillé autrefois, on peut prescrire des lotions avec l'acide phénique dilué, des applications de savon cadique, etc...

Er. Wilson conseille, dans les cas rebelles, des badigeonnages avec une solution saturée d'iode dans de la glycérine ou une solution de potasse caustique — une partie sur huit.

Contre les éphélides, Er. Wilson conseille, tous les soirs, une onction avec un mélange à parties égales des deux pommades suivantes :

1°	Cire jaune.	60 grammes.

faites fondre à un feu doux et ajoutez :

	Goudron.	150 grammes.
2°	Axonge benzoïnée.	120 grammes.
	Soufre sublimé.	30 id.

Mêlez exactement.

Le matin laver le visage avec de l'eau de savon.

Il fait aussi des lotions avec :

Eau de lavande..	30 grammes
Eau distillée..	20 id.
Hyposulfite de soude.	12 id.
Acide phénique.	1 gr. 50 centigr.

Ainsi que nous l'avons indiqué le chloasma gravidarum ou utérinum est souvent indélébile. Il constitue toujours une lé-

sion extrêmement désagréable, aussi doit-on chercher à l'atténuer autant que possible, si les moyens curatifs signalés plus haut sont restés impuissants.

La poudre de riz, d'amidon, le mélange de ces substances avec l'oxyde de zinc, le bismuth, la poudre d'alumine, le silicate de magnésie, etc..., sont aujourd'hui employés par la plupart des femmes pour donner à la peau une coloration blanchâtre qui dissimule plus ou moins les rousseurs ou les taches chloasmatiques du visage. Ainsi préparées, ces substances pulvérulentes sont sans inconvénients et l'usage peut en être continué durant toute la vie. Nous en dirons autant des pommades, des fards dans la composition desquels figurent ces diverses matières; mais malheureusement quelques-unes de ces préparations contiennent du plomb qui a la réputation de *mieux blanchir le teint*. Contrairement à l'opinion de M. le professeur Hebra, nous croyons que les sels de plomb ne sont pas sans inconvénients et par conséquent que, si l'on veut *se faire le visage*, il est préférable d'employer des cosmétiques dont le plomb ou ses composés auront été soigneusement exclus.

Leucodermies.

Cette dénomination s'applique aux cas où l'élément pigmentaire a disparu soit de toute la surface cutanée soit seulement de quelques parties. Cette atrophie pigmentaire peut atteindre l'épiderme et les poils ou bien ces derniers seuls peuvent être affectés, la peau conservant sa coloration normale.

ATROPHIE PIGMENTAIRE DE L'ÉPIDERME.

Elle peut être congénitale — *albinisme*, ou acquise — *vitiligo*.

L'*albinisme* est général ou partiel. Dans le premier cas, la

surface cutanée est d'un blanc mat, brillant, uniforme, légèrement rosée. Les cheveux, les poils sont également privés de pigment, lanugineux. L'iris est décoloré, la pupille paraît rouge par l'absence du pigment choroïdien ; aussi les *albinos* clignotent-ils constamment par suite de cet état du fond de l'œil qui ne leur permet pas de fixer longtemps les objets.

L'albinisme partiel est caractérisé par des taches blanches que l'on observe, dès la naissance, sur certaines régions du corps et qui persistent durant toute la vie.

Général ou partiel, l'albinisme se rencontre surtout chez les nègres. La cause de cette altération pigmentaire est absolument inconnue. Des parents bien constitués, notamment dans la race nègre, peuvent engendrer des albinos, mais ces derniers ont-ils des enfants pourvus d'un pigment normal ?... c'est là un point important et non encore résolu.

Vitiligo ou leucodermie acquise. — Cette affection se présente sous la forme de taches en général arrondies, plus ou moins étendues, isolées, et dont la couleur blanche tranche d'une manière très-nette sur la peau saine environnante. Le rebord de ces plaques est le siége d'une accumulation pigmentaire qui rend leur décoloration centrale plus sensible ; on dirait en quelque sorte que les corpuscules de pigment ont quitté la tache blanche et sont venus se condenser dans ce liseré. Aussi pourrait-on supposer qu'il n'y a pas alors de diminution dans la quantité totale de pigment sécrété, mais bien plutôt distribution inégale de la matière colorante. En dehors de l'absence de pigment, la peau n'offre aucune autre altération appréciable ; s'il existe des poils dans les parties affectées de vitiligo, ils sont le plus ordinairement décolorés.

Les causes du vitiligo sont inconnues. On a bien parlé de troubles de l'innervation, d'affaiblissement général, d'anémie, etc..., mais ce sont de simples hypothèses.

Le vitiligo serait plus fréquent chez les nègres que dans la race blanche ; mais cette donnée mérite également confirma-

tion, car, selon la judicieuse remarque d'Hebra, cette fréquence pourrait être plus apparente que réelle, en ce sens que le contraste des taches blanches avec la peau saine frappe davantage les regards ; en outre, comme les nègres sont presque toujours nus, on aperçoit plus facilement ces décolorations de la peau.

Traitement. — Tant que l'on n'aura pas découvert un moyen de faire sécréter du pigment, cette lésion cutanée sera incurable. C'est dire que, actuellement, toute thérapeutique est inutile.

ATROPHIE DU PIGMENT DES POILS. — CANITIE.

Non-seulement la matière pigmentaire peut faire défaut dans l'épiderme, comme nous venons de le voir, mais on rencontre assez fréquemment aussi des individus dont les cheveux blanchissent longtemps avant l'époque habituelle. Cette canitie peut être congénitale ou acquise. Indépendamment de celle qui accompagne l'albinisme, il est des cas où l'on voit une ou plusieurs mèches de cheveux gris ou blancs existant depuis la naissance et implantés sur une peau pigmentée normalement au milieu de cheveux noirs, bruns ou blonds. Cette mèche de cheveux forme alors une espèce d'aigrette ; j'ai eu l'occasion de voir cette canitie circonscrite dans une ou deux familles dont tous les membres en étaient atteints ou ornés. Chez l'une d'entre elles, cette absence de pigment était héréditaire, formant par conséquent un véritable signe distinctif, — *canitie congénitale.*

La décoloration des cheveux peut aussi survenir d'une manière accidentelle chez des sujets jeunes et vigoureux. Parfois tous les cheveux deviennent blancs ; dans d'autres cas, quelques mèches seulement perdent leur pigment ; enfin il se produit sur les cheveux une canitie partielle, c'est-à-dire qu'une partie du cheveu est dépourvue de matière colorante, tandis que, au-dessus et au-dessous, il conserve sa coloration normale.

La canitie prématurée se manifeste à tout âge. Er. Wilson

cite l'exemple d'une petite fille de six ans, pâle, mince, excitable, dont tous les cheveux blanchirent à la suite de perturbations du système nerveux.

Des troubles dans la nutrition et dans l'innervation paraissent être la cause la plus probable du grisonnement prématuré des cheveux. Bon nombre d'auteurs admettent aussi que des émotions morales vives telles que la colère, une grande frayeur, etc., peuvent provoquer ce phénomène. Er. Wilson a observé cinq ou six cas dans lesquels la décoloration des cheveux fut complète en moins de huit jours. Dans une seule nuit, une personne de sa connaissance devint presque entièrement blanche à la suite de fâcheuses nouvelles reçues.

Dans tous les traités de dermatologie, on cite des exemples de canitie en quelque sorte instantanée : les faits du moine Ubipertus, de Thomas Moore, de Marie-Antoinette, de ce nègre surpris par un aigle dont il enlevait la progéniture, et qui, sous l'empire d'une violente terreur, vit ses cheveux blanchir subitement, etc.; tous ces faits, dis-je, sont depuis longtemps connus.

O nox! quam longa es, quæ facis una senem!

a dit la poëte.

Cette canitie subite est-elle réelle?... Nous ne l'avons, pour notre compte, jamais observée; et comme, d'après les recherches de Pincus, de Kaposi, etc., la décoloration des cheveux a lieu d'abord à la base, à leur racine, il faut admettre que, sous l'influence d'une perturbation nerveuse, profonde, il s'est produit dans le réseau papillaire cutané un arrêt, en même temps que disparaissait dans les cheveux la sécrétion du pigment, car, dans les exemples rapportés par les auteurs, la canitie a persisté ensuite toute la vie. Toutefois, des faits étudiés avec soin sont encore nécessaires pour entraîner toutes les convictions.

Traitement. — Si nous ignorons les moyens de faire sé-

créter le pigment dont l'absence entraîne la décoloration de l'épiderme, nous ne sommes pas plus avancés quand il s'agit de rendre aux cheveux la coloration qu'ils ont prématurément perdue. Si un arrêt dans la sécrétion pigmentaire s'est produit, comme on l'a observé, dans le cours d'une affection grave de tout l'organisme, fièvre typhoïde, chlorose, etc., il est certain que des moyens reconstituants, en favorisant le retour à la santé, contribueront aussi à rendre aux cheveux leur couleur normale. Mais, en dehors de ces indications précises, la thérapeutique n'est plus qu'une affaire de palliation, c'est-à-dire de cosmétique.

Il ne reste donc d'autre ressource, pour remédier à l'absence du pigment, que de chercher à le remplacer par une coloration artificielle. Dejà les Romains employaient à cet usage un grand nombre de substances. « L'écorce verte de la noix servait, dit Tibulle, à dissimuler bien des années :

« ..... Coma tum mutatur ut annos,
« Dissimulet, viridi cortice tincta nucis [1]. »

Bien des procédés ont été mis en usage ; nous croyons inutile de les rappeler tous ici ; on les trouvera indiqués avec soin dans le *Traité des maladies de peau* du professeur Hebra. Nous nous bornerons à en indiquer quelques-uns d'après cet auteur.

Nous rappellerons d'abord que toutes les huiles grasses donnent aux cheveux une teinte plus foncée ; dans ce but, on donnera la préférence aux huiles de coloquinte, de macis, de noix, etc.

Le docteur Pfaff a préconisé une pommade dont voici la formule :

Huile d'œuf récente.	} āā 30 grammes
Moelle de bœuf.	
Lactate de fer	1 gr.
Huile éthérée de casse.	1 gr. 50 centigr.

[1] Constantin James. *Toilette d'une Romaine au temps d'Auguste*, p. 33.

D'après le docteur Pollack, ancien médecin du Shah de Perse, on peut donner aux cheveux toutes les nuances, depuis le brun clair (blond foncé) jusqu'au noir foncé ou noir bleu, en se servant d'un mélange de poudre de henné et de poudre d'indigo.

On fait, avec de la poudre de henné et de l'eau, une pâte épaisse que l'on applique sur les cheveux; au bout d'une heure, ils deviennent rouges. Alors on les frotte avec une seconde pâte préparée avec de la poudre d'indigo. Sous l'influence de la chaleur humide, ces deux pâtes se combinent et donnent aux cheveux une coloration noire qui apparaît au bout de quelques heures. En faisant varier la quantité de l'une ou l'autre de ces pâtes, la durée de leur application, le degré de l'humidité, on peut obtenir toutes les nuances de cheveux. Il faut, en outre, une très-grande habitude de l'emploi de ces substances, connaître les proportions exactes dans lesquelles on doit s'en servir pour obtenir une coloration déterminée, car le professeur Hebra remarque que, appliquées par le docteur Pollack lui-même, il les a vues donner aux cheveux une teinte très-éloignée de celle qu'il désirait obtenir.

A côté de ces teintures végétales, il en est d'autres qui sont plus généralement employées. En première ligne, figurent les solutions de nitrate d'argent à des degrés variables de concentration, suivant la nuance que l'on désire obtenir. On peut aussi avoir recours à deux liquides séparés, l'un contenant une solution de nitrate d'argent, et l'autre une solution de sulfure de potasse; appliquées successivement sur les cheveux, ils donnent naissance à du sulfure d'argent qui constitue la matière colorante.

Nous pourrions indiquer bon nombre d'autres procédés, mais ceux que nous venons de rappeler d'une manière sommaire sont les moyens de teinture les plus usités.

VÉSICULES

MILIAIRE

Bien que quelques auteurs aient, à diverses époques, considéré la miliaire comme une affection proprement dite, comme un exanthème spécial, il est cependant aujourd'hui généralement admis qu'elle constitue seulement une éruption secondaire. « Depuis que la *suette* est nettement distinguée, en même temps que le diagnostic général a acquis un plus grand degré de précision, il n'est plus question de *maladie* ni d'*épidémie* miliaires. » (Ernest Besnier, article *Miliaire* du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.)

En effet, la miliaire survient comme manifestation secondaire dans la plupart des maladies fébriles, et surtout dans les maladies infectieuses : typhus, scarlatine, fièvre puerpérales, et dans le rhumatisme, etc.

Elle se manifeste le plus souvent en même temps que les sudamina, et s'accompagne comme eux de sueurs profuses. Elle siége principalement au niveau du pli des aines, autour du cou et sur la poitrine en avant des aisselles. Elle est caractérisée par la formation très-rapide de petites vésicules acuminées, d'abord transparentes, dont le sommet devient blanchâtre quelques heures après leur apparition; bientôt, toute la vésicule prend la même coloration. Ces vésicules reposent sur une base rouge, érythémateuse, et, lorsqu'elles doivent disparaître, la desquamation se fait en bloc, et il reste à la place qu'elles occupaient une surface constituée par les lamelles épidermiques plus profondes, entourées d'un cercle formant une collerette très-peu étendue et comprenant une couche d'épiderme excessivement mince.

Cette éruption ne se fait pas en une seule poussée ; en général, on voit des vésicules miliaires à toutes leurs périodes de développement.

L'apparition des vésicules miliaires n'a pas, par elle-même, une importance absolue ; cependant, dans le rhumatisme articulaire aigu et dans les maladies infectieuses, elle survient plutôt lorsque la température est très-élevée, 39°, 40°, 41°, et elle indique habituellement une atteinte plus profonde de l'économie. Dans les hôpitaux de Vienne, on réunit sous une même description les sudamina et la miliaire blanche et rouge ; en France, on désigne sous le nom de sudamina des éruptions vésiculeuses qui ne se distinguent de la miliaire que par leur volume plus petit et par leur forme arrondie. Bien que les sudamina et la miliaire paraissent d'ordinaire en même temps, les sudamina existent souvent sans aucun érythème cutané et sans miliaire, tandis que la miliaire est constamment accompagnée de sudamina.

A côté de cette forme d'éruption miliaire qui accompagne les affections pyrétiques, il est une autre miliaire *apyrétique* que l'on observe sous forme d'éruptions partielles ou générales, notamment dans les pays chauds. Ces éruptions miliaires des régions tropicales sont désignées, aux Antilles, sous les noms de *boutons chauds*, de *bourbouilles*. Elles sont évidemment provoquées par l'action de la chaleur ; l'usage d'aliments excitants favorise leur apparition. Elles surviennent principalement chez les sujets sanguins et robustes et qui ont la peau fine, mais on les observe souvent aussi chez des individus maigres, lymphatiques, à peau épaisse. Les noirs eux-mêmes n'en sont point exempts. Le siége ordinaire de l'éruption est le dos et la poitrine. La peau devient rouge, érythémateuse ; elle se recouvre d'une multitude de petites papules dont la plupart sont surmontées de vésicules miliaires. Cette éruption s'accompagne de démangeaisons et de picotements souvent fort désagréables, mais elle n'occasionne pas de fièvre

et n'est précédée d'aucun prodrome. Cette miliaire est également assez fréquente en France pendant les chaleurs de l'été, et ses caractères sont les mêmes que ceux que nous venons d'indiquer. Ces éruptions des pays tropicaux ou des saisons chaudes sont, comme le remarque avec beaucoup de raison M. Ernest Besnier, dues à la cause même qui provoque la sueur, et non directement à la diaphorèse, qui, certainement, peut exister et existe même, le plus ordinairement, à un degré intense, sans donner lieu à aucune éruption.

Traitement. — Dans la plupart des cas, il n'est pas nécessaire d'en instituer un. La miliaire tropicale ou saisonnière disparaît avec le retour des fraîcheurs. Aux Antilles, la présence des bourbouilles n'empêche pas de prendre des bains froids de mer ou de rivière. On calmera les démangeaisons à l'aide de lotions ou de bains émollients, de l'application de poudres inertes, etc...

La miliaire secondaire n'exige pas de médication spéciale, tout doit être subordonné à l'affection principale dont elle n'est qu'un phénomène : on se bornera à l'usage de poudres inertes ou à des lavages avec des décoctions émollientes pour atténuer le prurit, comme dans la miliaire simple. Enfin, ainsi que l'indique M. Ernest Besnier, on veillera à ce que le malade ne soit couvert que dans la mesure déterminée par la saison et par l'état morbide protopathique, et s'il y a des sueurs profuses, on changera les linges et surtout les vêtements de laine aussi souvent que cela sera utile.

ECZÉMA

L'eczéma (dartre squameuse humide, selon l'expression si juste et si pittoresque d'Alibert) se montre sous la forme d'une inflammation cutanée qui est caractérisée au début par une rougeur érythémateuse, bientôt suivie de l'éruption de vésicules agglomérées, ordinairement si petites, qu'on les

prend d'abord pour de simples papules. Cet état s'accompagne d'une infiltration plus ou moins prononcée de la peau, et même, dans quelques cas, des tissus sous-jacents, de la sécrétion d'un liquide séreux ou séro-purulent qui se concrète en croûtes plus ou moins épaisses, sous lesquelles la surface tégumentaire paraît rouge, humide ou sèche, et il se termine par de la desquamation. Quelle que soit celle de ces formes que l'on observe, presque toujours il y a de la démangeaison, de la chaleur et de la cuisson.

Il résulte de cette description sommaire, que l'eczéma peut débuter par une simple rougeur érythémateuse, par une vésicule, une pustule ou une papule; du reste, ces différentes lésions élémentaires se rencontrent souvent associées entre elles sur le même individu.

Mais il n'en est pas moins vrai que l'eczéma type, forme la plus commune, lorsqu'il est à l'état naissant, ou lorsqu'on l'a détergé de ses croûtes, est constitué par des plaques bien circonscrites, à contour arrondi, offrant sur un fond rouge, l'aspect piqueté de la section transversale d'un jonc, aspect qui résulte de la multitude des petites vésicules agglomérées.

L'eczéma n'est pas contagieux. Comme toutes les inflammations, il a une période de développement et une période de déclin, séparées par un intervalle ou période d'état d'une durée plus ou moins longue. Mais on n'observe pas toujours l'eczéma avec des caractères aussi définis, aussi tranchés et se succédant d'une manière aussi régulière.

L'éruption cutanée est parfois précédée d'un léger malaise, de frissons, d'un mouvement fébrile, de troubles gastriques, etc. Souvent aussi des sensations de prurit et de fourmillements se manifestent sur les points qui vont être le siége de l'éruption, points qui deviennent ensuite rouges, tuméfiés et sur lesquels apparaissent habituellement des vésicules petites, acuminées, plus ou moins confluentes. Ces vésicules sont quelquefois très-difficiles à apercevoir, elles

sont souvent aussi entremêlées de pustules qui ne sont autre chose, ainsi que l'a démontré M. Hardy, que la transformation des vésicules primitives dont le liquide est devenu rapidement purulent.

L'affection peut aussi débuter directement par une éruption vésiculo-pustuleuse ou pustuleuse. Ce sont l'eczéma impétiginodes et l'impétigo, — espèces particulières dont l'école de Villan faisait autant de maladies distinctes, mais qui ne diffèrent de l'eczéma ordinaire que par la lésion initiale. Car en dehors du degré plus intense de l'inflammation qui, dans l'impétigo, donne lieu à la production de pustules, l'évolution de la maladie et sa terminaison sont les mêmes. La forme pustuleuse de l'eczéma ou l'impétigo, s'observe de préférence chez les sujets lymphatiques ou scrofuleux, ou lorsque la maladie envahit une région contenant de nombreux follicules pileux, par exemple sur le cuir chevelu ou à la face (lèvre supérieure et menton).

Qu'il existe des vésicules ou des pustules, ces soulèvements épidermiques se rompent, en général, au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures et donnent issue à un liquide irritant, à réaction habituellement alcaline, visqueux, de consistance gommeuse, de couleur citrine, qui se dessèche sous forme de croûtes jaunâtres, sous lesquelles la peau apparaît rouge, humide, légèrement exulcérée. Par le fait des grattages, il s'effectue quelquefois un petit suintement sanguin qui, se mêlant à la sécrétion eczémateuse, donne alors aux croûtes une teinte brunâtre. Parfois les plaques croûteuses se fendillent et laissent suinter un liquide séreux caractéristique. Selon l'intensité de l'inflammation, ce liquide peut être mélangé de plus ou moins de pus et former des croûtes dont la coloration et l'épaisseur sont en rapport avec la quantité et la nature de la sécrétion. Au bout d'un certain temps les croûtes se détachent, mais si la sécrétion continue, elles se reproduisent rapidement.

La durée de cette période est très-variable, la sécrétion séreuse ou purulente pouvant se prolonger pendant quelques semaines seulement, ou bien pendant plusieurs mois et même des années entières. Cependant, en général, au bout d'un certain temps, de deux mois environ, on voit la sécrétion cutanée diminuer graduellement, les croûtes devenir moins épaisses et enfin se transformer en squames minces, d'un blanc grisâtre, fendillées, au-dessous desquelles la peau conserve une teinte rouge luisant. Dans l'eczéma sec, l'élément squame l'emporte sur l'élément croûte.

Cette desquamation épidermique se continue ainsi, sous forme de lamelles ou d'une poussière farineuse, jusqu'au moment où, cessant complétement, la guérison de l'eczéma se trouve ainsi réalisée. Cet état constitue la dernière période de l'eczéma ou période pityriasique.

L'eczéma ne laisse jamais de cicatrices, mais souvent les parties qui en ont été le siége conservent très-longtemps un aspect brillant, vernissé ; on dirait que là le tégument est recouvert d'une baudruche fine et transparente, qui se craquèle et est suivie à son tour d'une période pityriasique.

L'eczéma a quelquefois une marche aiguë. Dans ces cas, sous l'influence d'une médication appropriée, il peut guérir en un ou deux septénaires, mais le plus ordinairement, il se produit des poussées à intervalles plus ou moins réguliers sur les régions primitivement atteintes ou sur d'autres points, et la maladie prend la forme chronique.

L'eczéma généralisé est très-rare, mais on voit assez fréquemment des plaques eczémateuses, de forme variée, disséminées sur une grande étendue de la surface cutanée. Ces plaques ont souvent l'aspect d'une pièce de monnaie (eczéma nummulaire). D'autres fois, l'éruption eczémateuse est circonscrite à une partie limitée du corps.

Manifestation incontestable de la diathèse dartreuse, dont il présente tous les caractères si bien mis en relief par M. le

professeur Hardy, l'eczéma se transmet le plus souvent par hérédité.

Cette influence héréditaire, vice constitutionnel préexistant chez certains individus, est tellement évidente que l'étude des causes occasionnelles des éruptions eczémateuses sera la meilleure démonstration de son existence.

Ainsi tout le monde sait que les individus exerçant certaines professions, sont exposés au maniement de substances âcres, irritantes. Eh bien, l'action de ces substances sur la peau est loin de s'exercer chez tous d'une manière identique. Ne voit-on pas, en effet, chaque jour, parmi des personnes travaillant dans un même atelier, touchant aussi longtemps et de la même manière les mêmes substances, etc..., les unes rester toujours indemnes de lésions cutanées, d'autres atteintes passagèrement de quelques vésiculés ou pustules (gale des épiciers), qui se reproduiront peut-être deux ou trois fois, sans jamais se généraliser, chez lesquelles, l'éruption eczémateuse doit être mise sur le compte d'une simple prédisposition locale, d'une peau fine, blanche, facilement irritable. C'est là un fait incontestable que l'observation vient tous les jours confirmer. Jamais, en effet, l'affection ne se porte sur d'autres régions, elle reste limitée aux parties qui se trouvent en contact avec les substances qui lui ont donné directement naissance. Ce sont des éruptions qui mériteraient plutôt le nom d'*eczématoïdes*, que d'eczémateuses.

Enfin, il est d'autres sujets chez qui l'on est bien obligé d'admettre un état particulier de l'organisme, si l'on veut se rendre rationnellement compte de ce qui a lieu. En effet on voit, chez ceux-là, l'irritation locale donner naissance à un eczéma qui, loin de rester circonscrit, se développera sur une grande étendue, qui souvent disparaîtra d'un point pour se porter sur un autre et qui, une fois guéri, aura de la tendance à se reproduire sous l'influence d'une action irritante quelconque.

Pourquoi donc, si une disposition constitutionnelle innée, héréditaire n'existait pas, pourquoi verrait-on les uns toujours indemnes, d'autres facilement et rapidement curables, tandis que d'autres, enfin, deviennent franchement eczémateux, et restent toute leur vie avec des manifestations dartreuses plus ou moins étendues.

Mais les professions ne constituent pas les seules causes occasionnelles de l'eczéma. Les applications irritantes sous forme de médicaments (vésicatoires, emplâtres, etc., onctions avec des pommades mercurielles, térébenthinées, ammoniacales, stibiées, etc.) ; la présence sur la peau de parasites végétaux ou animaux et des grattages qu'ils occasionnent (eczéma parasitaire); l'existence de varices ou d'ulcères variqueux; l'usage de vêtements teints avec certaines matières colorantes, notamment celles tirées du goudron; toutes ces causes agiront comme nous venons de l'indiquer pour certaines professions. Chez le plus grand nombre, leur action sera nulle, chez quelques autres, une irritation circonscrite, passagère en sera la conséquence; chez les *dartreux de naissance*, enfin, elles deviendront le point de départ de manifestations herpétiques, sinon persistantes, du moins susceptibles de se reproduire sous l'influence des mêmes causes provocatrices.

Mais, en dehors des causes qui agissent directement sur la peau, il en est d'autres dont l'action n'est pas moins incontestable sur les manifestations de la diathèse dartreuse.

Ainsi certaines fonctions physiologiques, telles que la dentition, la menstruation, l'état puerpéral, l'allaitement, s'accompagnent souvent de poussées eczémateuses. Il n'est pas rare non plus de les voir survenir sous l'influence de troubles dans les fonctions digestives; d'une nourriture insuffisante, d'un régime excitant, de certains aliments (poisson de mer, porc); d'excès de boisson, des alcooliques, de veilles prolongées. D'après Er. Wilson, un certain nombre de cas d'eczémas serait sous la dépendance d'une débilité ner-

veuse; ainsi on le voit survenir chez les individus dont le système nerveux a été surmené, par exemple à la suite d'excitations morales longtemps continuées, de chagrins, de travaux intellectuels excessifs. Nous avons plus d'une fois constaté la réalité de cette influence pathogénique.

D'autres fois, le mal paraît lié à une diminution dans les fonctions d'excrétion, notamment celles des reins, alors qu'il y a un excès d'acide urique dans le sang. On l'observe souvent chez les goutteux, sans qu'il soit permis alors de le rattacher à la diathèse goutteuse.

On rencontre encore fréquemment l'eczéma chez les personnes qui ont une disposition héréditaire à l'asthme. Trousseau admettait que les éruptions eczémateuses, le rhumatisme, la goutte, les hémorrhoïdes, la gravelle ne sont que des expressions différentes d'une seule et même diathèse.

Un fait certain, et dont on voit chaque jour de nombreux exemples, c'est l'alternance qui existe si souvent entre l'irritation des muqueuses gastro-intestinale ou bronchique et l'eczéma. Combien de malades qui, l'hiver, sont oppressés, toussent, voient ensuite leur catarrhe diminuer spontanément avec l'apparition de manifestations eczémateuses que les premières chaleurs ramènent à la peau. Il en est de même pour l'asthme, pour la gastralgie. Mais il ne faudrait pas, d'après ces faits très-réels, se hâter de conclure que asthme et eczéma ne sont qu'un seul et même être pathologique. Ceux des asthmatiques, qui étaient eczémateux, offrent seuls l'exemple de ces alternances. Elles sont l'application de la loi générale qui préside à l'évolution de diverses maladies existant chez un même sujet, et non une preuve de l'identité de nature de ces deux affections.

Les influences saisonnières ont aussi une action réelle sur l'apparition de l'eczéma; le printemps et l'été agissent comme causes prédisposantes. C'est à ces époques de l'année qu'on voit les éruptions eczémateuses se manifester ordinairement,

se réveiller en quelque sorte. Ne prononcez jamais qu'un eczéma est guéri, tant que le mois d'août ne sera pas expiré.

L'eczéma infantile a été parfaitement décrit par Er. Wilson. Aussi lui empruntons-nous ses principales idées sur la nature et le traitement de cette intéressante variété.

Les enfants à la mamelle et les jeunes enfants sont particulièrement sujets à l'eczéma. On le voit souvent débuter vers la fin du premier mois, et, si on ne lui oppose un traitement convenable, l'affection cutanée persiste souvent pendant plusieurs mois, et même plusieurs années. La dentition, qui est par elle-même une cause d'eczéma, vient encore favoriser la persistance de la fluxion morbide, et faire évanouir les espérances que l'on fonde souvent sur le temps pour la guérison spontanée.

L'eczéma infantile peut se manifester sous une forme type quelconque. Suivant le tempérament ou la constitution du petit malade, on aura affaire à un eczéma érythémateux, papuleux, vésiculeux, ou pustuleux, ou impétigineux. Le plus souvent, d'ailleurs, l'éruption se présente modifiée par les frottements ou les grattages, qui sont une cause d'aggravation de l'état local.

Quelquefois, l'éruption envahit tout le corps qui est recouvert d'excoriation, de croûtes plus ou moins épaisses, jaunâtres, brunâtres et même noires par l'effet du mélange de la sécrétion avec du sang.

Le plus habituellement, l'eczéma est limité à une ou plusieurs régions, au cuir chevelu, à la face, au front, à l'ombilic, aux plis articulaires. Au cuir chevelu, notamment où la sécrétion eczémato-impétigineuse agglutine les cheveux en un réseau inextricable, il se produit souvent une espèce de carapace épaisse, rugueuse, jaunâtre. D'autres fois, les croûtes brisées par les grattages, sont disséminées dans les cheveux et traversées par quelques-uns d'entre eux — *teigne granuleuse*. A une période plus avancée de la maladie, il se fait

une desquamation abondante — *teigne furfuracée*. Plus tard, enfin, l'exfoliation épidermique se présente sous l'aspect d'une desquamation farineuse — *pityriasis capitis*.

A la face, l'éruption s'accompagne de la tuméfaction des tissus sous-jacents, d'une sécrétion abondante qui se dessèche en croûtes épaisses formant une espèce de masque répulsif — *eczéma larvale*, *croûtes de lait*.

Le caractère général de l'eczéma infantile est de former des plaques étendues et d'envahir immédiatement toute une région, telle que le cuir chevelu, une joue, la face entière, etc.

Abandonné à lui-même, il n'a aucune tendance à guérir spontanément, et passe, au contraire, de l'état aigu à la forme chronique. La sécrétion diminue alors graduellement, et l'éruption se localise en certains points, où elle tend à persister indéfiniment avec des poussées souvent aussi irrégulières qu'imprévues.

L'état sec, desséché, brûlant, fébrile du tégument, résultat ordinaire de l'eczéma infantile, est un indice de la désorganisation et du trouble extrême que la peau a subi. Dans les points même où il n'y avait aucune éruption, la peau est rugueuse et farineuse, mais, où était l'eczéma, par exemple, autour des paupières, sur les oreilles, autour de la bouche et au pli des articulations, la peau est plus ou moins rouge, épaissie, inégale, fissurée, gercée, et la sécrétion ayant cessé, elle se recouvre constamment d'écailles épidermiques sèches, de dimensions variables, farineuses ou furfuracées, souvent larges comme l'ongle. C'est alors un véritable psoriasis; l'eczéma infantile est par conséquent devenu, par la seule influence du temps, un eczéma pityriasique ou *psoriasis infantile*.

L'exfoliation s'accompagne nécessairement de prurit souvent très-intense; la partie enflammée est alors le siége de frottements et de grattages : de temps en temps il se fait une nouvelle poussée.

Au début, la maladie n'exerce aucun retentissement fâcheux sur l'organisme ; plus tard, la persistance des démangeaisons, avec exacerbations nocturnes, amène un état de faiblesse, d'anémie, d'amaigrissement, d'angoisse, etc., qui appelle toute la sollicitude du médecin. On voit ces pauvres petits êtres fouiller leur chair avec une espèce de fureur, tandis que le sang et le pus coulent en abondance. C'est là une des plus grandes causes d'affaiblissement.

Traitement. — Dans l'eczéma infantile, s'il s'agit d'enfants à la mamelle, il faut tout d'abord s'assurer de l'état de santé de la mère, ainsi que de son lait, et vérifier si les fonctions intestinales s'accomplissent régulièrement. Dans le cas contraire, on prescrira un léger laxatif, et de préférence du calomel à la dose de cinq centigrammes mêlé avec la même quantité de sucre blanc, ou encore une cuillerée à café d'huile de ricin ou de sirop de sené. Cette dérivation intestinale légère exerce en outre une influence favorable sur la sécrétion morbide de la peau. En général, il suffit de renouveler cette petite purgation une fois par semaine.

Lorsque le régime et les fonctions digestives sont parfaitement rétablies et qu'il n'existe aucune contre-indication telles que de la diarrhée ou de la bronchite, on peut entreprendre la cure réelle, c'est-à-dire administrer la mixture ferro-arsenicale :

Vin ferrugineux.		45 grammes.
Sirop simple.	āā	8 —
Liqueur de Pearson.		
Eau distillée.		60 —

1 gr. 75 centigr. de ce mélange contient un peu moins de 0,06 centigr. de liqueur arsenicale.

Il est essentiel de faire prendre l'arsenic au milieu du repas ; c'est là, du reste, une règle que l'on doit observer à tous les âges.

Pour les enfants de deux ans, on prescrira 1 centigramme de liqueur arsenicale trois fois par jour.

De deux à sept ans, 2 centigrammes.

De sept à quatorze ans, 3 centigrammes.

D'après Wilson, il est remarquable à quel point les jeunes enfants supportent bien ce remède, et avec quelle rapidité il exerce ses effets toniques et d'assimilation. Dans l'eczéma infantile, l'arsenic serait un *spécifique;* il guérirait promptement, parfaitement, infailliblement : *It cures rapidly, perfectly, unfailingly.*

Avouons qu'il serait difficile d'en dire autant d'aucun autre remède par rapport à une maladie quelconque.

Toutefois, l'auteur anglais conseille, pour calmer et guérir l'éruption, une pommade benzoinée d'oxyde de zinc mélangée avec de l'esprit de vin (dans la proportion de 3 grammes pour 30 grammes de pommade). L'application de la pommade doit former un pansement permanent sur la peau enflammée; on ne doit jamais l'enlever, à moins d'indications spéciales.

Toutefois, si elle laissait les sécrétions s'accumuler au-dessous d'elle, ce dont il est facile de se rendre compte, il faudrait nettoyer la tête, soit avec un jaune d'œuf, soit avec le savon cadique, et n'appliquer une nouvelle couche de topique gras qu'après avoir séché le cuir chevelu.

En général, cependant, on doit éviter de laver la peau enflammée; il est préférable de l'essuyer avec une serviette douce, pour détacher les exsudations et les sécrétions, car ces lavages tendent à irriter la peau et à augmenter le prurit et l'inflammation. On peut craindre aussi, par ces lotions, l'effet du refroidissement. On doit donc toujours les faire avec les plus grandes précautions.

La poudre de calomel, la pommade benzoinée d'oxyde de zinc et la mixture ferro-arsenicale répondent aux trois indications fondamentales du traitement de l'eczéma infantile. Si par hasard on échouait, la cause en serait, selon Wilson, non

dans les remèdes, mais dans leur mode d'emploi. Aucun mauvais résultat ne peut suivre ce traitement, mais il ne faut pas oublier, dit-il, que, *si l'arsenic paraît ne pas convenir à l'enfant, il faut le donner moins fréquemment*, deux fois au lieu de trois fois par jour, *ou le suspendre immédiatement* si l'enfant semble *devenir malade;* dans ce cas, en outre, on prescrirait immédiatement la poudre de calomel.

En général, trois semaines suffisent, et quelquefois plus; si une récidive se produit, il faut recommencer le traitement dans les mêmes conditions et avec les mêmes précautions.

Le régime de l'enfant doit être surveillé avec soin; il doit être bon, sain et substantiel.

L'huile de foie de morue est aussi très-utile à la période chronique, et quand il y a de l'amaigrissement; chez les jeunes enfants, on peut la donner avec assurance; chez les enfants plus âgés, dans les cas chroniques, on combinera l'huile de foie de morue avec l'arsenic.

Huile de foie de morue.	60 grammes.
Jaune d'œuf	N° 1.
Liqueur de Pearson..	4 grammes.
Sirop simple.	8 —
Eau distillee.	120 —

Dose : 1 gramme 75 centigr. trois fois par jour dans le repas ou après. — La dose contient un peu moins de 2 centigrammes de liqueur arsenicale.

Quand l'eczéma infantile est compliqué de diarrhée ou de congestion de la muqueuse des bronches ou des poumons, il faut suspendre immédiatement l'arsenic, administrer le calomel et les antiphlogistiques ordinaires.

La médication de l'eczéma, du moins à sa période aiguë, inflammatoire, est des plus simples. La conduite à tenir est la même que celle dirigée contre toutes les inflammations.

Antiphlogistiques et émollients sont, à cette phase de la maladie, exclusivement indiqués. On aura recours, de préfé-

rence, soit aux lotions avec les décoctions de guimauve et de graine de lin, soit à des bains tièdes de son ou d'amidon.

Si les vésicules sont intactes, il faut éviter tout ce qui pourrait les faire se déchirer, notamment les cataplasmes. Il est, en effet, permis d'espérer la résorption de la sécrétion séreuse, et, à l'abri de l'enveloppe épidermique, la guérison s'opère toujours plus facilement. C'est là un point sur lequel M. Hardy avait déjà appelé l'attention, et nous croyons devoir y insister tout particulièrement.

Dans certains cas, cependant, surtout lorsque l'éruption est caractérisée par des pustules, l'application de cataplasmes peut contribuer à atténuer l'inflammation et la douleur. On aura soin, pour éviter l'inconvénient précité, de les fixer exactement sur la région au moyen d'une bande, afin d'éviter que les mouvements du malade ne les fassent glisser et, par conséquent, frottent les vésicules. On doit proscrire d'une manière absolue les cataplasmes de farine de lin, dont l'action irritante sur la peau (à cause de la rancidité possible de l'huile que cette substance contient) serait souvent plus nuisible qu'utile, et se servir exclusivement de fécule de pomme de terre, de riz ou d'amidon, ou encore utiliser le fromage blanc dont, dans bien des circonstances, j'ai pu apprécier les propriétés sédatives. Pour le même motif, l'application de ce topique essentiellement sédatif peut être renouvelée autant que de besoin, mais ne doit jamais, chaque fois, dépasser une demi-heure de durée.

Une fois les vésicules ou les pustules rompues, les surfaces sécrétantes mises à nu, on peut employer avec succès les poudres absorbantes de fécule de riz, de lycopode, d'amidon, de sous-nitrate de bismuth, etc. Il faut toujours, autant que possible, tenir les parties malades à l'abri du contact de l'air, et les poudres dont nous parlons répondent parfaitement à cette indication.

Quant aux applications locales émollientes que l'on emploie

dans la période aiguë de l'eczéma, il est une remarque très-importante à faire, sur laquelle M. Devergie a depuis longtemps appelé l'attention et dont j'ai bien des fois constaté la justesse, c'est qu'il est impossible de reconnaître à l'avance quels seront les émollients les mieux supportés. Autrement dit, pour savoir si l'on doit, dans un cas donné, employer les cataplasmes, les lotions ou les corps pulvérulents, il faut que le médecin en fasse l'essai. « Suivant les individus, dit notre savant confrère, l'eczéma sera guéri, chez l'un par des cataplasmes, tandis qu'à côté on verra la même maladie, dans des conditions en apparence identiques, exaspérée par son application. » (Devergie.)

Les émissions sanguines au voisinage du mal, conseillées autrefois par quelques dermatologistes, sont presque toujours inutiles. Elles ne pourraient rendre quelques services que si l'on avait affaire à un individu sanguin atteint d'un eczéma aigu, généralisé, accompagné de fièvre. Quant aux sangsues appliquées sur les surfaces eczémateuses, il faut les interdire d'une manière absolue ; l'irritation provoquée par les piqûres serait une cause certaine d'aggravation du mal.

Si nous proscrivons, à moins d'indications formelles, les émissions sanguines dans le traitement de l'eczéma, nous ne saurions trop nous élever contre l'emploi des vésicatoires ou des cautères, que l'on a vantés jadis comme remèdes souverains de l'eczéma. Encore aujourd'hui, on voit de malheureux eczémateux, — et, pour ma part, j'en ai vu un bon nombre, — qui, sans prendre l'avis de leur médecin, n'hésitent pas à s'appliquer au bras ou à la jambe ces révulsifs cutanés dont l'action dérivative doit, selon eux, » les débarrasser de l'*humeur* qui les tourmente. » Malheureusement, il est loin d'en être ainsi ; et vésicatoire ou cautère, jouant leur rôle de cause occasionnelle, ont le plus habituellement pour seul et unique résultat d'amener une nouvelle manifestation eczémateuse au point où ils ont été appliqués. Aussi doit-on les considérer,

non-seulement comme inutiles, mais, dans la plupart des cas, comme nuisibles. Nous n'insistons pas davantage sur ce point, admis aujourd'hui par les dermatologistes de toutes les écoles et de tous les pays.

On conseillera en outre des boissons rafraîchissantes, de la limonade, de l'orangeade, des infusions émollientes ou des tisanes amères. Le régime sera modéré et peu excitant. Si l'eczéma est étendu à de grandes surfaces, si la sécrétion est abondante, la réaction fébrile intense, les démangeaisons vives, on comprend que, dans ces conditions, l'alimentation devra être en rapport avec l'intensité des phénomènes inflammatoires, et se composer de préférence de laitage, de potage, de légumes, d'œufs et de viande blanche.

Le repos, à cette période de la maladie, sera toujours utile, notamment si l'eczéma occupe des surfaces étendues, des régions obligées à des mouvements continuels, c'est-à-dire les membres inférieurs ou les plis des articulations.

En même temps que l'on cherche à modifier les surfaces sécrétantes à l'aide de poudres absorbantes ou d'applications émollientes, il n'est pas sans utilité d'exercer une légère dérivation sur les voies digestives. L'administration des purgatifs à la période aiguë de l'eczéma a pour résultat une détente générale et une diminution de la congestion cutanée. On doit surtout les conseiller lorsque l'éruption eczémateuse occupe de grandes surfaces et que le tégument rouge, tuméfié, est le siége d'une sécrétion abondante ; dans ce cas, outre l'effet spoliatif exercé sur l'organisme, les purgatifs tendent à diminuer, par la dérivation intestinale, la sécrétion morbide surabondante. L'emploi de cette médication est spécialement indiqué chez les sujets lymphatiques ; il va sans dire que le choix du purgatif et son mode d'emploi seront réglés d'après la santé du malade, son idiosyncrasie, ses habitudes, la désignation qu'il fait le plus souvent lui-même. La plupart du temps, il suffit d'un laxatif doux, renouvelé une ou deux fois par se-

maine, suivant l'intensité ou l'étendue de la lésion cutanée, l'acuité de l'inflammation, l'abondance de la sécrétion, enfin la tolérance intestinale.

M. Hardy recommande la préparation suivante, dont il a eu maintes fois l'occasion de constater l'efficacité :

Pensées sauvages.	8 à 16 grammes.
Follicules de séné.	4 à 8 »
Eau distillée.	1 litre.

à la dose de deux à trois verres le matin à jeun, tous les jours ou tous les deux jours, selon les indications et les effets obtenus. Il continue l'usage de cette tisane purgative pendant deux ou trois mois, sans aucun inconvénient, et notamment sans aucun accident du côté du tube digestif. On peut encore conseiller la manne, l'huile de ricin, le calomel, etc.

Pour notre part, nous préférons les eaux minérales naturelles de Pullna, de Birmenstorf, de Sedlitz, d'Hunyadi Janos, etc., à la dose d'un à deux verres tous les trois ou quatre jours. La raison motive ici une préférence, que nous ne chercherons pas à désavouer, pour celles de ces eaux qui, outre l'élément salin purgatif, contiennent un principe sulfureux. Elles sont en général bien supportées, et le malade peut les prendre sans rien changer à ses habitudes.

Les sulfates de soude, de magnésie, sont aussi employés et donnent des résultats analogues; ils ont, de plus, l'avantage d'être d'un prix très-minime.

Ces purgations répétées n'ont nullement pour but d'éliminer la « *materia peccans*, » comme le suppose le professeur Hebra, ni de guérir l'eczéma, comme le savant et un peu malicieux dermatologiste en prête l'intention à ses confrères. Elles sont uniquement prescrites pour déterminer une révulsion sur le tube intestinal, diminuer la fluxion et la congestion cutanées, et seulement dans les conditions que nous avons essayé d'indiquer. Presque toutes les autres inflammations simples, angines, ophthalmies, bronchites, s'en trouvent éga-

lement bien, et en suggèrent l'indication généralement reçue et appliquée par tous les praticiens. D'ailleurs, le malade nous les demande le plus souvent lui-même, et, si on lui refusait cette innocente satisfaction, il n'est pas douteux qu'il n'attribuât, en grande partie, à l'omission d'une médication aussi profondément entrée dans les mœurs populaires, la responsabilité des récidives ultérieures, récidives qui, ne l'oublions pas, sont à peu près la règle dans les affections eczémateuses.

A ces moyens dérivatifs, on peut joindre l'usage des tisanes amères, telles que le houblon, la chicorée sauvage, la gentiane, la douce amère, etc. Cruveilhier conseillait la racine de *patience!* Prises en certaines quantités, un ou deux litres, elles agissent simplement comme diurétiques ou diaphorétiques. Toutefois, en raison de leurs propriétés légèrement toniques, elles sont surtout indiquées chez les sujets lymphatiques ou débilités. Quant à leurs propriétés dépuratives ou antiherpétiques, il en sera question plus loin.

Comme il est facile de le voir, tous les efforts du médecin doivent, pendant cette période, tendre exclusivement à combattre les accidents inflammatoires locaux, et à modérer la sécrétion eczémateuse. Il devra donc éviter avec soin l'emploi de tout topique irritant, — leur contre-indication est ici une indication formelle, impérative, — et se borner aux moyens que nous avons indiqués, et qu'il est facile de varier à l'infini, mais qui doivent toujours avoir pour objectif l'atténuation de l'inflammation cutanée.

Ajoutons encore que, à la période aiguë, lorsqu'une rougeur vive, de la chaleur et de la cuisson accompagnent l'eczéma, on se trouvera bien de l'emploi de l'eau froide sous forme d'irrigations.

M. Devergie emploie des irrigations d'eau d'abord tempérée, puis rendue fraîche, une ou deux fois par jour, durant une heure à une heure et demie chaque fois.

Voici comment il fait pratiquer ces irrigations : « On élève un seau plein d'eau à 60 centimètres au-dessus de la partie affectée; à ce seau, on ajoute un robinet ou une cannelle de bois ; on fait attacher à ce robinet une bande qu'on divise en deux lanières à sa partie inférieure. Le membre est placé horizontalement sur une toile cirée disposée en gouttière, pour faire écouler l'eau dans une terrine placée auprès du lit du malade. Les choses ainsi disposées, on écarte les deux lanières de la bande, de manière à étendre ses deux chefs, l'un en haut, l'autre en bas de la jambe; on ouvre un peu le robinet, et le liquide s'écoule sur toute la surface affectée. L'inflammation cède rapidement et, en quelques jours, l'eczéma aigu arrive à sa période stationnaire. » Toutefois, c'est un moyen auquel il faut recourir principalement pendant la saison chaude.

Jusqu'à quel moment convient-il de continuer le traitement émollient? C'est là un point de la plus haute importance et qui mérite toute l'attention du praticien, car, employés trop tôt, les résolutifs peuvent réveiller l'inflammation, et prolonger ainsi la durée de la maladie. En général, il faut continuer la médication émolliente jusqu'à l'époque où l'éruption tend à passer de l'état stationnaire à la troisième période, c'est-à-dire quand on voit se produire des lamelles épidermiques adhérentes.

Une fois les phénomènes inflammatoires domptés, il importe de combattre la diathèse dartreuse, c'est-à-dire la cause qui entretient les manifestations eczémateuses, et enfin de modifier l'état local.

Mais la médication générale de l'eczéma comprend, non-seulement celle qui s'adresse à cet état particulier, diathèse dartreuse que nous considérons comme la cause préexistante, fondamentale de la maladie, de sa ténacité et de ses récidives, mais encore celles qui ont pour but de modifier des condi-

tions de tempérament susceptibles d'entretenir les manifestations cutanées.

Ainsi l'eczéma, notamment chez les enfants, est très-souvent lié au lymphatisme ; dans ce cas, il est bien évident que l'on devra d'abord avoir recours, comme médication générale, aux remèdes pouvant modifier la constitution. Les amers, tels que les préparations de gentiane, de quinquina, de colombo, etc., les ferrugineux, les sulfureux, etc., seront tout particulièrement indiqués. Souvent même ce seul traitement aidé, à la phase squameuse de l'éruption, de quelques topiques suffira pour réaliser la guérison. L'arsenic dont nous nous occuperons plus tard, ne sera alors administré que pour compléter en quelque sorte la cure.

La première question qui se présente est de savoir s'il existe, ce que demandent tous les malades, des spécifiques dignes de ce nom, analogues, par exemple, à ceux que l'on possède contre certaines manifestations de la syphilis constitutionnelle? Bien des remèdes ont joui, il est vrai, à diverses époques, de la réputation d'anti-dartreux, mais pour aucun l'expérience n'est venue, jusqu'à présent du moins, apporter sa sanction aux espérances que quelques succès avaient pu faire un instant concevoir. Passons en revue les substances accréditées sous ce nom :

1° *Dépuratifs végétaux.* — Maintes décoctions de plantes ou de bois ont eu leur heure de succès, et c'est d'elles surtout qu'on aurait pu dire : « Hâtez-vous d'en faire usage pendant qu'elles guérissent. » Nous ne croyons pas, en effet, que ces remèdes, *employés seuls*, sans l'adjonction d'une médication locale, aient donné des résultats appréciables. On les prescrit *par routine*, par une prudente condescendance aux préjugés du client, mais on ne saurait invoquer en leur faveur des observations colligées avec soin.

Ces dépuratifs végétaux forment en général la base des

extraits ou des sirops qu'ont offert, dans tous les temps, à la crédulité des malades, les charlatans de tous les pays.

Nous ne saurions énumérer tous ceux qui ont été successivement vantés comme dépuratifs du sang ou anti-dartreux, les principaux sont : la bardane, l'orme pyramidal, le trèfle d'eau, le raifort, le fumeterre, les feuilles de noyer, la pulsatille, le gayac, la salsepareille, le sassafras, le hura du Brésil, etc.

Les tisanes faites avec les plantes ci-dessus peuvent avoir une certaine utilité comme diaphorétique ou comme tonique. A ce point de vue, en effet, il vaut mieux, quand on tient à ce que le malade boive, prescrire une tisane que lui recommandera quelque vertu secrète à laquelle il croit ; mais il ne saurait être question de propriétés anti-dartreuses et dans l'eczéma notamment, nous n'avons jamais obtenu de ces boissons aucun résultat autre que celui que nous indiquons.

L'orme pyramidal a joui autrefois d'une très-grande réputation dans le traitement des maladies cutanées. Des recherches faites pendant plusieurs années par M. Devergie, il résulte que ce remède donne d'excellents résultats lorsque avec l'eczéma coexistent des complications gastralgiques ou intestinales.

Ce savant dermatologiste l'emploie sous la forme de sirop préparé de la manière suivante :

Écorce d'orme. . . . . 500 grammes.

Faites digérer par macération dans un litre d'alcool à 32° pendant 24 heures. Distillez l'alcool de manière à obtenir un extrait. Reprenez par l'eau, faites une décoction, passez, additionnez de sucre, et rapprochez de manière à faire :

Sirop. . . . . 1000 grammes.

Dose : une cuillerée à bouche matin et soir, en augmentant tous les trois jours d'une cuillerée à bouche par jour, jusqu'à

six cuillerées, trois le matin, trois le soir, dans une tasse de tisane amère. Ce traitement doit être administré pendant six semaines à deux mois.

A l'Antiquaille, on a très-longtemps usé de la décoction d'écorce d'orme pyramidal, tiède, en bains locaux, qui sont doués d'un pouvoir à la fois émollient et résolutif. C'est donc un médicament *de transition*, pour ainsi dire, puisque grâce à lui, on peut, sans rien compromettre, tâter si l'éruption est assez mûre pour se prêter à l'emploi d'une médication plus active.

Les préparations de cantharides ont été conseillées par quelques dermatologistes, entre autres par Biett et tout particulièrement par M. Devergie qui considère la teinture de cantharide comme un véritable spécifique dans quelques formes d'eczéma. Dans les cas où nous l'avons employée elle ne nous a pas donné de résultats appréciables et, d'autre part, on n'en use jamais sans faire courir le risque d'accidents qui peuvent avoir une gravité extrême.

Les grands succès obtenus dans l'Inde avec l'hydrocotyle contre les dermatoses les plus invétérées, ne se sont pas réalisés dans les applications qui en ont été faites en France. Cela tient-il à l'infidélité des préparations? Je l'ignore, mais la plupart des dermatologistes qui, au début, avaient un instant cru pouvoir compter sur son efficacité dans les affections eczémateuses, l'ont depuis lors complétement abandonnée.

Ce que nous aurions à dire ici de l'emploi du soufre doit être renvoyé au chapitre relatif aux eaux minérales sulfureuses, car aujourd'hui c'est sous cette forme que s'administre surtout la médication sulfureuse. A part les pastilles soufrées, insignifiant bonbon, et le miel additionné de soufre, laxatif commode mais qu'on remplace sans inconvénient par tout autre remède de cette classe.

Quelques auteurs ont préconisé le soufre sublimé à la dose d'un gramme, tous les matins à jeun, dans les eczémas dont

les manifestations paraissent se porter tantôt sur la peau, tantôt sur les bronches sous forme d'asthme.

M. Rodet, ex-chirurgien en chef de l'Antiquaille, associe presque toujours le soufre sublimé à la magnésie calcinée, à la dose de un gramme de chaque, à prendre tous les matins à jeun. D'après notre savant maître, cette préparation constituerait un excellent remède à la fois dépuratif et légèrement laxatif, et indiqué à ce double titre dans les dermatoses humides de la peau.

Ce mélange de soufre et de magnésie a toutefois un inconvénient : c'est que le soufre est converti en hydrogène sulfuré et donne aux excrétions une odeur très-désagréable. Quelques médecins ont pensé qu'il est en partie éliminé par la peau et ils supposent qu'il agit alors favorablement sur sa structure, lui attribuant ainsi des propriétés altérantes et purgatives (Anderson).

Dans le traitement général de l'eczéma, M. Devergie a obtenu de bons effets de l'iodure de soufre à la dose de 5 à 10 centigrammes par jour.

Voici quelle est la formule dont il se sert :

Iodure de soufre non altéré. . . .	1 à 2 grammes.
Sucre.	ãã q. s.
Gomme arabique.	
Huile d'amandes douces.	

Pour 20 pilules.

Une pilule matin et soir avec une tasse de tisane amère, on augmente d'une pilule tous les six jours, de manière à arriver à quatre pilules par jour.

L'influence merveilleuse que l'application locale du goudron exerce sur les éruptions eczémateuses chroniques a fait penser à M. C. Anderson que l'action de cet agent médicamenteux n'est pas simplement locale, mais qu'il est absorbé

et réagit sur le système en général et par l'intermédiaire de ce dernier sur la peau.

En conséquence, dans quelques cas, après l'emploi infructueux de l'arsenic et de diverses applications locales, cet auteur a eu recours, en dernier ressort, au goudron. Il commence, en général, par deux gouttes de poix liquide, trois fois par jour, chez l'adulte, en augmentant graduellement la dose, si cela est nécessaire : on peut aller jusqu'à 30 et 40 gouttes.

Quelquefois on fait prendre le remède dans une cuillerée de sirop de sucre ou de cresson, d'autres fois en pilules :

Poix liquide.	6 grammes.
Poudre de réglisse..	s q.

Diviser en 60 pilules qu'on argentera.

Dose : deux pilules, trois fois par jour en augmentant graduellement la dose.

Il est en général bien supporté, mais parfois il produit une éruption rouge, abondante, avec fièvre, nausées, vomissements, diarrhée et autres troubles de l'estomac. Ces accidents disparaissent aussitôt qu'on cesse le remède, on peut alors recommencer et le donner en toute sécurité à doses graduellement croissantes.

Cette médication paraît surtout indiquée dans la forme sèche de l'eczéma chez les sujets bien portants, mais son emploi est plus utile encore dans le psoriasis.

L'acide phénique a été également employé à l'intérieur et quelquefois avec succès dans les mêmes cas que le goudron.

Acide phénique.	9 grammes.
Glycérine.	30 »
Eau distillée.	150 »

Une cuillerée à café dans un verre de vin ou d'eau, trois fois par jour avant les repas.

Il faut prévenir les malades de ne pas s'alarmer si un léger vertige suit son administration, surtout si on le prend avant le repas.

Le mercure à l'intérieur est peu employé dans le traitement de l'eczéma, à moins que ce ne soit à titre de purgatif, par exemple le calomel. On devrait chercher la cause de cet abandon, selon M. le professeur Gubler, uniquement « dans les répugnances et les préjugés du public, malheureusement partagés par un grand nombre de médecins, qui croient encore à la spécificité du mercure contre la syphilis. » D'après cet éminent observateur, les préparations mercurielles pourraient, par leurs propriétés altérantes, dans les eczémas chroniques modifier la crâse sanguine et la nutrition. Et leur emploi serait surtout indiqué dans les cas où l'eczéma paraît occasionné par une surabondance de matériaux albuminoïdes.

Dans l'observation, la seule du reste, rapportée par M. Gubler (in *Journal de thérapeutique*, n° du 25 décembre 1874), il s'agit d'une femme de quarante-deux ans, enceinte alors pour la première fois, albuminurique durant la dernière moitié de sa grossesse qui se termina par l'expulsion d'un enfant mort. A partir de cette époque, ses règles ne reparurent plus. Quatre ou cinq mois après, il survint un eczéma qui se généralisa rapidement et durait depuis neuf ans, malgré les médications les plus rationnelles lorsque notre savant confrère prescrivit la liqueur de Van Swiéten, à la dose d'une cuillerée à dessert, matin et soir. Un mois après, l'amélioration était considérable et, un mois plus tard, la malade n'offrait plus que des vestiges de son ancienne affection.

On comprend parfaitement bien que dans ce cas, où l'eczéma a été manifestement le résultat d'une surabondance de matériaux albumiuoïdes, alors qu'un mouvement fluxionnaire intense se faisait à la peau par suite du défaut de dérivatifs physiologiques, on comprend très-bien, disons-nous,

que les propriétés altérantes du mercure aient pu être utilisées avec avantage. Mais nous ne croyons pas cette extension du mercure à la thérapeutique cutanée,appelée à se généraliser. Ce n'est pas la première fois, sans doute, que le mercure a été appliqué au traitement des maladies de peau et notamment de l'eczéma qui est une des plus fréquentes. Il y a quelques années surtout, où l'on traitait la plupart des dartres rebelles par le mercure, ou du moins où l'on était disposé à voir une syphilis cachée sous toute affection cutanée récidivant, les préparations mercurielles sont bien des fois intervenues, et si les résultats eussent été favorables, les occasions de le constater et de le publier n'eussent certainement pas fait défaut.

M. Bazin admet un eczéma arthritique, et conseille dans ce cas les alcalins à l'intérieur. Sans vouloir reproduire ici *in extenso*, les caractères que le savant médecin de l'hôpital Saint-Louis attribue aux éruptions cutanées qui reconnaissent pour cause l'arthritis, nous donnerons cependant les signes qui permettent, selon cet auteur, de diagnostiquer cette variété d'eczéma. L'eczéma arthritique se « présente sous la forme de petites plaques nummulaires bien circonscrites, dont les bords nettement limités sont quelquefois festonnés, et qui occupent les parties découvertes du corps, c'est-à-dire le front, les lèvres et principalement la lèvre supérieure, la nuque, les tempes, le dos des pieds et des mains, les parties génitales, les mamelles, etc., quelquefois la ligne médiane, mais le plus souvent un seul côté du corps; l'asymétrie constitue, en effet, un des principaux caractères des affections arthritiques. Ces plaques eczémateuses sont petites, dépassent rarement les dimensions d'une pièce de cinq francs, et sont séparées les unes des autres par des intervalles de peau saine; quelquefois, cependant, plusieurs petites plaques peuvent se réunir et donner ainsi naissance à une surface eczémateuse assez considérable. Quel que soit d'ailleurs le

siége qu'elles occupent, elles offrent une sécheresse remarquable, sont recouvertes de squames minces ou de croûtes jaunâtres et lamelleuses, sont le siége à leur début d'une démangeaison assez vive, qui ne tarde pas à faire place à des élancements et des picotements, offrent souvent une coloration violacée, et à leur pourtour des dilatations variqueuses des vaisseaux capillaires du derme. » (Bazin, *Leçons théoriques et cliniques sur les affections génériques de la peau*, t. I, p. 192).

Ainsi que nous l'avons déjà dit dans un autre ouvrage, nous sommes, quant à nous, disposés à penser, comme M. le professeur Hardy, que l'eczéma est la manifestation d'une seule et même diathèse, de la diathèse dartreuse. Toutefois, s'il nous est impossible d'admettre que l'arthritis ait une importance aussi grande que l'énonce M. Bazin dans la genèse de certaines dermatoses, cela ne veut pas dire que l'eczéma ne puisse se rencontrer chez les individus rhumatisants ou goutteux, aussi bien que chez ceux exempts de ces maladies constitutionnelles.

Du reste, ainsi que M. Gailleton l'a parfaitement fait ressortir[1], on remarque dans les observations citées par M. Bazin, que les malades guéris ont non-seulement fait usage à l'intérieur du bicarbonate de soude, mais qu'ils ont en même temps été soumis à l'emploi de lotions, de pommades alcalines et de bains de même nature. Or, pour admettre l'efficacité des alcalins dans les arthritides cutanées, il faudrait que les alcalins seuls fussent pris à l'intérieur, sans l'intervention du traitement local. C'est là le seul contrôle rationnel, point d'autant plus important, dans ce cas, que précisément les topiques alcalins ont une action favorable dans les mêmes circonstances.

Mais sans admettre comme le veut M. Bazin un rapport

[1] *Traité élémentaire des maladies de la peau*, p. 86.

direct, réel, exclusif, de cause à effet, nous reconnaissons très-volontiers que lorsque l'eczéma se rencontre chez des individus rhumatisants ou goutteux, il y a tout avantage à employer les alcalins à l'intérieur, concurremment avec la médication locale.

D'autre part, ainsi que nous l'avons indiqué ci-dessus, l'eczéma étant fréquemment lié à des troubles des fonctions digestives, les préparations alcalines, en modifiant l'état des premières voies, agissent indirectement, mais très-favorablement sur les manifestations eczémateuses, en faisant cesser la gastralgie ou la dyspepsie qui contribuent à entretenir la fluxion cutanée.

Au point de vue thérapeutique, le seul que nous ayons à examiner ici, nous sommes, en effet, obligés de convenir que les résultats de la pratique ordinaire non plus que ceux du traitement hydro-minéral, n'ont pas répondu aux espérances qu'avaient fait naître les théories du savant auteur des *Leçons sur les affections arthritiques et dartreuses.*

Il est, en général, préférable, comme le conseille le docteur Anderson, d'administrer les préparations arsenicales en même temps que les alcalins. Ainsi, chez les goutteux, recommande-t-il d'ajouter, à chaque dose de liqueur de Fowler, quelques gouttes (5 à 7) de vin de colchique, que l'on remplacerait, pour les rhumatisants, par 0,50 centigrammes ou 1 gramme de bi-carbonate de soude ou de potasse.

Mais, parmi les agents pharmaceutiques, celui que nous avons toujours trouvé le plus efficace pour combattre l'eczéma, c'est-à-dire la diathèse dartreuse, dont il n'est qu'une des manifestations, c'est l'arsenic. Nous ne saurions, toutefois, le considérer comme un spécifique, car la médication arsenicale est loin de réussir dans tous les cas. Un point qu'il importe tout d'abord de noter, c'est que l'arsenic ne doit pas être conseillé à toutes les périodes de l'eczéma, et, s'il a donné lieu à de fréquents mécomptes, cela tient peut-être

aussi à ce qu'on n'a pas assez précisé les conditions dans lesquelles son emploi peut être avantageux.

A la période aiguë, et dans leur forme sécrétante, les eczémas m'ont toujours paru échapper à l'influence thérapeutique de l'arsenic, et ceux qui restent toujours secrétants lui échappent toujours. Ce n'est qu'à leur troisième période, c'est-à-dire dans les eczémas qui, en passant à cette période, revêtent, en quelque sorte, les caractères des affections squameuses, que l'on peut obtenir des effets utiles des préparations arsenicales. Que ce médicament agisse comme un véritable spécifique dans le traitement de l'eczéma herpétique, comme l'enseigne M. Bazin, ou qu'il n'ait qu'une action reconstituante s'exerçant principalement sur le tégument externe, comme l'admettent M. Er. Wilson et d'autres dermatologistes, il n'en est pas moins certain que c'est le moyen le plus puissant que nous ayons à notre disposition pour combattre les manifestations dartreuses, et particulièrement l'eczéma. C'est l'opinion de M. le professeur Hardy, à laquelle nous nous rallions complétement. Est-ce à dire pour cela que l'arsenic puisse prétendre à une efficacité semblable à celle du mercure contre certaines formes de la syphilis? Non. Mais, sans admettre sa spécificité, nous croyons que, dans la cure de l'eczéma, c'est le seul médicament dont l'action thérapeutique soit réelle.

L'arsenic exerce une action marquée sur la nutrition générale, et notamment sur celle de la peau; sur ce point, les témoignages de tous les dermatologistes sont unanimes, et ces propriétés suffiraient déjà pour le placer au premier rang des agents thérapeutiques contre l'eczéma, ce vrai type des dermatoses.

Nous renvoyons à l'article *Psoriasis*, tout ce que nous aurons à dire, soit sur les diverses préparations arsenicales auxquelles on peut avoir recours, soit sur les règles qui doivent présider à l'emploi de cet important agent médicamenteux.

Nous nous bornerons à indiquer, seulement ici, que l'on peut avoir recours à la liqueur de Fowler, à celle de Pearson, etc.

Nous ne sommes, pour notre part, guère partisans de composés tout faits, dont le moindre inconvénient est de prescrire des remèdes qui, souvent préparés depuis longtemps, ont perdu une partie de leurs propriétés — comme cela peut avoir lieu notamment pour la liqueur de Fowler. Il est plus utile, sinon plus simple, de formuler chaque fois, avec les modifications en rapport avec les circonstances propres à chaque cas.

Bazin, Hardy et la plupart des dermatologistes français emploient l'arséniate de soude de la manière suivante :

Eau distillée.	300 grammes.
Arséniate de soude.	0,05 à 0,15 centigr.

De une à deux cuillerées à bouche dans une petite tasse d'infusion amère, ou dans un demi-verre d'eau sucrée.

A cette indication correspondent aussi les pilules suivantes, qui méritent tout leur succès :

Arséniate de soude.	0,10 centigrammes.
Extrait de gentiane.	2 grammes.
Poudre inerte.	s. q.

Pour 100 pilules, dont chacune contient un milligramme de sel arsenical.

Comme pour les granules de Dioscorides, la dose peut être élevée jusqu'à 20 et même 25 par jour.

L'avantage de ces pilules est qu'elles permettent de varier la dose d'une manière régulièrement progressive ou décroissante.

Hunt recommande, pendant toute la durée du traitement arsenical, d'entretenir la liberté du ventre.

S'il existe, en même temps, de l'anémie, il faut associer le fer à l'arsenic. On prescrit, dans ce but, les pilules de Biett à la dose de une à deux chaque jour :

Arséniate de fer.	0,15 centigrammes.
Extrait de houblon.	4 grammes.
Poudre de guimauve.	2 »
Sirop de fleurs d'orangers. . .	q. s.

Mêlez et divisez en 48 pilules. Chaque pilule centient 3 milligrammes d'arséniate de fer.

Ou bien encore la mixture ferro-arsenicale d'Er. Wilson (Voy. p. 450).

Chez les sujets lymphatiques ou scrofuleux, on peut encore faire prendre l'arsenic dans des sirops amers ou toniques, tels que ceux de quinquina, de gentiane, de colombo, d'écorces d'oranges amères, etc...

Pour prévenir des troubles dans les fonctions digestives, il faut donner l'arsenic dans le courant du repas ou immédiatement après ; chez les personnes qui ont l'estomac faible, on peut le faire prendre dans une infusion tonique de cascarille, de gentiane ou de colombo. S'il y a un peu de tendance à la diarrhée, on ajoutera quelques gouttes de solution morphinée.

Il faut continuer l'arsenic jusqu'à guérison complète de l'éruption. Chez les enfants à la mamelle, on peut aussi le faire prendre aux nourrices.

En résumé, et contrairement à l'opinion de M. le professeur Hebra, qui s'est fait l'énergique défenseur de la médication exclusivement locale dans le traitement de l'eczéma, nous croyons que l'usage de boissons délayantes, le repos, le calme moral, l'abstinence de certains aliments, d'alcooliques, le changement de climat, de profession, la régularisation, quand il y lieu, des fonctions digestives, une meilleure réglementation des heures de sommeil, etc., auront toujours une

influence réelle sur la guérison de l'eczéma. Et si nous ne pouvons accorder un pouvoir vraiment spécifique à l'arsenic contre la diathèse eczémateuse, nous n'en admettons pas moins son incontestable efficacité dans les conditions et suivant les règles que nous avons indiquées.

La vaccination, qui est si souvent une cause occasionnelle d'eczéma chez les enfants prédisposés, peut quelquefois, par contre, avoir des effets curatifs. M. Lawson Tait (*British medical journal*, janvier 1872) a rapporté deux exemples remarquables dans lesquels des eczémas chroniques, durant depuis longtemps et ayant résisté aux médications les plus rationnelles, guérirent, au bout d'un mois, à la suite de la vaccination.

Naturellement, c'est une méthode à laquelle on ne saurait avoir recours que dans des cas exceptionnels, ou même dont il n'y aura lieu qu'à enregistrer les bons résultats lorsqu'on les verra se manifester.

Avant d'aborder l'étude des divers topiques employés dans le traitement de l'eczéma, disons un mot des bains et de l'enveloppement à l'aide des tissus imperméables[1].

Dans la première et la seconde période de l'eczéma, les bains émollients rendent souvent de très-grands services. On pourra donc prescrire avec avantage un grand bain tiède deux ou trois fois par semaine, avec addition d'un kilogramme de son, de 500 grammes d'amidon, ou bien encore avec 150 à 200 grammes de gélatine.

Ces bains doivent être pris à une température modérée de 33° à 34° centigrades; trop chauds, ils ont une action excitante sur le tégument.

Vers la fin du traitement, lorsque l'eczéma devenu chro-

[1] Afin d'éviter des répétitions, je renvoie ce qui concerne l'usage des eaux minérales appliquées à la cure de l'eczéma à un chapitre spécial, dans lequel je m'occuperai de la part qui revient aux eaux minérales naturelles dans le traitement des maladies de la peau.

nique, est arrivé à la période squameuse ou pityriasique, on peut avoir recours à des bains rendus légèrement excitants par l'addition de diverses substances telles que le soufre, les alcalins, l'alun, etc.

En général, ces bains sont donnés avec une dose trop élevée de sel, et, ce qui pis est, une dose invariable. Comme pour toutes les applications topiques, il importe d'étudier avec soin la plus ou moins grande impressionnabilité tégumentaire de son malade; il est donc, en général, préférable de débuter par de faibles proportions de l'élément minéralisateur.

Pour le bain alcalin, M. Devergie préfère le carbonate de soude au carbonate de potasse, ce dernier sel étant plus caustique. La dose habituelle pourra varier entre 150 à 200 grammes.

Quant aux bains sulfureux, on pourra les composer, soit avec 30 à 80 grammes de sulfure de potasse, soit avec 20 à 60 grammes de sulfure de sodium cristallisé. On comprend que la proportion de sel peut être abaissée ou augmentée suivant la susceptibilité générale ou locale du sujet, et selon le degré d'excitation que l'on veut produire. Dans bon nombre de cas aussi, il sera utile, pour tempérer l'action irritante de ces bains artificiels, d'y ajouter quelque substance émolliente, gélatine ou son (200 ou 300 grammes).

Quant aux bains alunés, qui ont une action analogue aux précédents, on les formulera de la manière suivante :

Alun. . . . . 100 à 300 grammes pour un bain.

A la seconde période de l'eczéma, c'est-à-dire lorsque les parties malades sont recouvertes de croûtes jaunâtres, les bains de vapeur peuvent, comme les bains émollients ou l'enveloppement imperméable, rendre de réels services.

Les bains de vapeur sont surtout utiles lorsque l'éruption a son siége au cuir chevelu ou sur d'autres régions recouvertes

de poils; ils favorisent la chute des croûtes et agissent comme les autres topiques émollients; ils calment les démangeaisons et préparent la voie à des moyens plus actifs. Il importe, toutefois, de ne pas les administrer à une température trop élevée, sans cela, loin de favoriser la guérison, ils exciteraient la peau. Aussi ne faut-il jamais les prescrire au-delà de 42° à 43° centigrades; c'est en général entre 36° et 45° que l'on devra maintenir la température du bain de vapeur, car, de même que pour les bains simples, le degré varierà suivant le plus ou moins de facilité de chaque personne à transpirer. La durée moyenne du bain de vapeur est de 15 à 20 minutes.

Les bains généraux sont surtout indiqués lorsque l'eczéma occupe de grandes surfaces, notamment lorsqu'il a envahi le tronc et des régions étendues des membres supérieurs ou inférieurs.

Au nombre des applications topiques les plus justement accréditées se trouve l'emploi des tissus imperméables. Quand un eczémateux se présente à vous avec des croûtes ou des squames plus ou moins épaisses, le premier devoir qui s'impose est de chercher à diminuer les phénomènes inflammatoires locaux, et à le débarrasser des produits desséchés de la sécrétion eczémateuse en déterminant un flux sudoral abondant.

Autrefois, les cataplasmes étaient seuls et invariablement chargés de répondre à ces indications. Mais, depuis les travaux de MM. Colson, Hardy, Lailler, Ernest Besnier, etc., l'application de la toile de caoutchouc vulcanisée les a remplacés, dans la plupart des cas, avec le plus grand avantage.

Enfin, dans ces derniers temps, M. Besnier a beaucoup contribué à vulgariser l'emploi de ce moyen, qui n'a pas encore, je le crois, conquis, en thérapeutique cutanée, la place qu'il mérite. Selon ce dernier auteur, l'enveloppement imperméable convient à toutes les périodes de l'eczéma et à

toutes les formes de l'affection, mais notamment à la période exsudative.

« A cette époque de la maladie, dit M. Besnier, quelle que soit la nature de celle-ci, le soulagement est manifeste, l'amélioration incontestable; ces résultats sont obtenus avec une rapidité remarquable, et cette période, souvent si longue, si pénible, et même souvent si douloureuse, est non-seulement améliorée, mais encore très-notablement abrégée dans sa durée. » (In *Bulletin général de thérapeutique*, 30 janvier 1875.)

Pour l'enveloppement imperméable, on se sert de toile vulcanisée. Dès qu'on enlève l'appareil, il faut avoir soin de l'essuyer et de le faire laver soigneusement dans de l'eau froide; on le laisse ensuite sécher. Avec ces précautions, les pièces de pansement peuvent durer très-longtemps et être, chaque jour, réappliquées dans d'excellentes conditions. C'est donc un mode de pansement à très-bon marché, très-propre, d'un emploi facile, et qui, à tous ces points de vue déjà, est bien supérieur aux cataplasmes.

Il faut appliquer la toile vulcanisée directement sur la partie malade, sans exercer aucune compression, afin que les exhalations cutanées puissent s'opérer aisément.

L'enveloppement peut se faire d'une manière continue ou intermittente. M. Besnier donne la préférence à ce dernier mode; le plus ordinairement, il le fait appliquer au moment du coucher et le laisse pendant toute la nuit. Les malades sont alors libres de vaquer pendant la journée à leurs occupations, ou peuvent être soumis à diverses médications topiques.

Au moment où l'on enlève le pansement, la surface cutanée et la face du tissu imperméable en contact avec la peau sont recouvertes d'une transpiration plus ou moins abondante qui entraîne le ramollissement et la chute des croûtes ou des squames; aussi, après quelques applications, les parties malades sont-elles complétement détergées.

Sous l'influence de la toile vulcanisée, on voit disparaître rapidement les sensations si pénibles qu'entraînent certains eczémas, la chaleur, la cuisson, le prurit, la tension de la peau. Ainsi que l'a si bien fait ressortir M. Colson, le bain physiologique de sueur qui humecte alors continuellement la peau est le meilleur résolutif de l'inflammation cutanée.

Mais le résultat le plus important obtenu par l'enveloppement imperméable, c'est, incontestablement, la diminution de la démangeaison.

L'occlusion imperméable appliquée au traitement de l'eczéma a une origine moins récente que l'on ne pourrait le croire d'après ces dernières citations. Elle se pratique depuis fort longtemps dans les campagnes, il est vrai, et d'une manière tout à fait empirique et inconsciente. Ainsi, bien des fois, nous avons vu des paysans recouvrir des surfaces eczémateuses soit avec des feuilles de choux, soit avec des feuilles de bettes, maintenues exactement sur les parties malades. Chez les enfants surtout, ce mode de pansement est presque exclusivement employé contre l'eczéma ou l'impétigo du cuir chevelu. Eh bien, jamais dans ces conditions, on ne voit ni croûtes, ni squames ; la partie malade est rouge, la surface cutanée est le siége d'une sécrétion abondante mêlée de sueur. Le prurit n'existe pas. L'inflammation reste modérée. Dans ces cas, on le voit, comme avec la toile vulcanisée, les résultats sont identiques. L'hypersécrétion cutanée provoquée par l'occlusion, a amené une détente dans l'état inflammatoire du tégument ; on dirait, si l'on veut me passer cette expression, que les tissus ayant perdu les liquides dont ils étaient gorgés et dont l'action, comparable à celle d'un corps étranger entretenait la congestion et le prurit, ont repris toute leur souplesse, la démangeaison cessant ainsi avec la cause qui la produisait.

Ce moyen empirique remonte à des temps bien éloignés, il est né tout naturellement de l'absence de linge, de la pau-

vreté; ses effets avantageux l'ont conservé en le popularisant.

Bien des fois déjà des moyens empiriques ont ainsi fini par prendre droit de cité dans la science qui, en les expliquant, a justifié la faveur persistante dont ils jouissaient. Aussi pour quelques-uns d'entre eux est-il bon de ne pas toujours les rejeter *a priori* et de chercher à se rendre compte si, scientifiquement, il n'est pas possible d'interpréter leur action. Bien entendu, ces remarques ne sauraient s'entendre des arcanes dont la crédulité publique et l'audace des charlatans font tout le succès et dont l'absurdité se révèle à leur seul énoncé.

Mais où il est facile de voir que si l'empirisme peut être parfois le flambeau, et même le premier jalon de la science, il importe, d'autre part, que celle-ci intervienne de bonne heure, c'est dans le cas actuel. Si l'enveloppement est un excellent moyen contre l'eczéma, c'est à la condition de ne pas être indéfiniment continué. Au delà d'un certain temps il pourrait, comme les cataplasmes, entraîner la chute de l'épiderme et mettre le derme à nu. Or, c'est justement ce qui arrive avec le moyen empirique dont nous parlions : l'application de feuilles, trop prolongée comme cela a lieu habituellement, ramollit l'épiderme et au bout d'un certain temps les tissus, sous l'influence de l'humidité, se macèrent et prennent un aspect blanchâtre. Aussi cet enveloppement dont l'utilité est incontestable, devient-il plus tard un obstacle réel à la guérison.

Le pansement par occlusion constitue donc seulement la première partie du traitement topique de l'eczéma subaigu.

Les diverses médications générales, dont je viens de parler, peuvent bien, à elles seules, réaliser quelquefois la guérison de l'eczéma ; mais c'est là un résultat exceptionnel. Le plus souvent, en effet, on est obligé de recourir à des applications topiques pour modifier l'état local. Toutefois ces topiques ne

trouvent un emploi utile, nécessaire, qu'à la troisième période de l'eczéma et les partisans même exclusifs de la médication locale reconnaissent comme nous que, à l'état aigu, ces remèdes seraient plutôt nuisibles qu'utiles ; et si l'on voit si souvent, dans la pratique, des eczémateux dont les manifestations cutanées sont enflammées, dénaturées, longues à guérir, cela tient uniquement à l'intervention intempestivement hâtive de pommades ou de lotions irritantes.

Entendons-nous donc bien sur ce sujet. Ce que l'on doit demander aux topiques c'est une action résolutive, parfois légèrement excitante, en évitant tous ceux qui pourraient provoquer le retour à l'état

On peut les donner sous plusieurs formes.

Comme substances pulvérulentes, résolutives, on aura recours à la poudre de tan, de vieux bois, d'oxyde de zinc, de bismuth, d'alun, de coaltar, etc.

Il est, en général, nécessaire d'employer ces matières mélangées à de la poudre d'amidon en proportion variable suivant les résultats que l'on veut obtenir ou les effets produits. M. Devergie accorde la préférence à la poudre de coaltar mêlée à de l'amidon qui, dans beaucoup de cas, lui a donné des résultats satisfaisants.

On peut remplacer les poudres par des solutions aqueuses ou alcooliques. Avant d'indiquer celles qui sont le plus habituellement usitées, je dirai quelques mots des pansements à l'eau qui ont souvent une action résolutive très-marquée et constituent un excellent moyen pour calmer les démangeaisons.

La qualité de l'eau n'est pas indifférente. On sait, en effet, que par les sels qu'elle tient en dissolution elle donne souvent lieu, après un emploi plus ou moins prolongé, chez les personnes qui ont la peau délicate, à des rougeurs, à des gerçures. Il importe donc, chez les eczémateux, de ne se servir que d'une eau ayant bouilli, c'est-à-dire ayant perdu une

partie de ses sels, afin d'éviter toute action irritante. Hebra recommande en outre l'eau additionnée d'une substance mucilagineuse que l'on prépare en jetant de l'eau bouillante sur des amandes écrasées ou de la farine.

On emploiera cette eau froide au moyen de compresses appliquées sur les surfaces eczémateuses, et en les renouvelant, aussi souvent que cela est nécessaire, pour les maintenir à une basse température (20° c., environ).

Outre les pansements à l'eau on pourra encore se servir de solutions résolutives telles que l'eau vinaigrée ou saturnée (30 grammes de vinaigre ou de sous-acétate de plomb pour un litre d'eau), un mélange de suie et de vinaigre[1] :

Eau	200 grammes.
Suie de bois.	15 —
Vinaigre	10 —

Mêlez.

l'eau alunée (8 à 10 grammes d'alun pour la même quantité d'eau), la solution de sublimé (5 centigrammes pour 500 grammes d'eau). Le sulfate de zinc, le borax, à la dose de 1 gramme pour 500 grammes d'eau, ont aussi une action résolutive très-marquée. Ces lotions et beaucoup d'autres qu'il serait facile d'indiquer, sont employées à des doses très-variables, il est du reste facile de les graduer et de les remplacer les unes par les autres ; ce n'est souvent qu'après quelques essais que l'on pourra juger de celles qui, chez un sujet donné, réussissent le mieux.

La thérapeutique de l'eczéma est encombrée par les pommades contenant les substances les plus opposées.

Nous nous bornerons à signaler celles qui nous ont donné les meilleurs résultats.

En première ligne figure la pommade à l'oxyde de zinc que

[1] Formule de M. Diday.

Er. Wilson considère comme un véritable spécifique de l'eczéma.

Axonge purifiée.	180 grammes.
Poudre de benjoin	20 »

Triturez ensemble, laissez ensuite fondre à un feu doux pendant vingt-quatre heures en vase clos, et passez à travers un linge.

Cette pommade ainsi préparée s'additionne (pour 30 grammes), de 2 à 3 grammes d'oxyde de zinc.

On peut, s'il existe en même temps de la démangeaison, y ajouter une substance calmante telle que le camphre (20 à 40 centigrammes), l'eau de laurier cerise, le chloroforme à la dose de 3 à 4 grammes pour 30 grammes de pommade), etc. Le camphre et l'eau de laurier cerise ont une action plus soutenue que le chloroforme.

Dans la troisième édition de son *Traité pratique des maladies de la peau*, M. Devergie recommande l'usage du sulfate de fer et du perchlorure de fer qui lui ont donné, le premier surtout, des résultats supérieurs à l'oxyde de zinc.

Axonge.	30 grammes.
Protosulfate de fer cristallisé et bien lavé.	0,50 centigr. à 1 gr.

Toutefois cette pommade ainsi que la suivante ont le grand inconvénient de tacher tous les linges.

Ou bien :

Axonge.	30 grammes.
Perchlorure de fer à 30°. .	25 à 50 centigrammes.

L'action résolutive de ces pommades a la plus grande analogie avec celle de l'oxyde de zinc.

M. Hardy recommande particulièrement les pommades mercurielles (à l'oxyde rouge, au sublimé, au calomel, au

proto-nitrate), dans la proportion de 5 à 40 centigrammes pour 20 à 25 grammes d'excipient.

Au nombre des topiques qui donnent les meilleurs résultats dans le traitement de l'eczéma il faut compter les diverses préparations de goudron et l'huile de cade. Bien entendu on ne doit y avoir recours qu'à faible dose, lorsque toute inflammation a disparu et quand l'eczéma est arrivé à la période pityriasique. Dans ces conditions ce sont d'excellents résolutifs. Pour l'huile de cade il importe de se servir d'une huile *vraie* et *pure*, et non d'huile de goudron par laquelle on la remplace trop souvent.

L'huile de cade doit, en commençant, être employée mélangée par moitié ou par tiers à de l'huile d'amandes douces, afin d'éviter toute action excitante. Dans le même but on se bornera d'abord à de simples badigeonnages. Renouveler la friction seulement tous les trois ou quatre jours, sauf à en augmenter, selon l'effet obtenu, la fréquence, la force et la durée.

Quant au goudron, on l'emploiera à la dose de 0,50 à 0,80 centigrammes pour 30 grammes d'axonge.

L'huile de cade et le goudron sont spécialement indiqués dans la forme squameuse de l'eczéma. On doit, au contraire, s'en abstenir lorsqu'il existe de l'œdème ou de la tuméfaction des parties sous-jacentes et dans l'eczéma rubrum où l'application du goudron réveillerait souvent et l'inflammation cutanée et la sécrétion séreuse.

On peut encore employer dans le même but des pommades au tannin :

Glycérolé d'amidon.	30 grammes.
Tannin.	1 »

ou la pommade à la naphtaline au dixième et même au vingtième.

Dans l'*eczéma rubrum* qui s'accompagne si souvent de

gonflement des tissus sous-jacents, la toile vulcanisée, par l'écoulement abondant qu'elle provoque, diminue la congestion de la peau et soulage beaucoup les malades.

Il en est de même dans l'*eczéma impétigineux* du cuir chevelu, notamment dans sa forme diffuse caractérisée le plus souvent par une sécrétion séro-purulente abondante, des croûtes épaisses, qui enchevêtrent les cheveux, les agglutinent entre eux, les font adhérer au cuir chevelu et rendent impossible l'usage du peigne. L'inflammation eczémateuse du cuir chevelu gagnant presque toujours les oreilles, — c'est même là une indication qui n'est pas sans importance pour le diagnostic — il faut se servir d'un bonnet en caoutchouc parfaitement adapté au volume de la tête et pouvant ainsi maintenir une occlusion exacte. Au bout de quelques jours la tête se trouve complétement débarrassée de tous les produits de sécrétion qui donnent un aspect si repoussant aux malades, produits que les uns par préjugé, les autres par incurie, par l'absence des soins minutieux qu'il faudrait y apporter, laissent se former en une *cuirasse* croûteuse sous laquelle l'inflammation peut, à la longue, déterminer une calvitie plus ou moins complète.

Une fois les croûtes tombées on a recours aux frictions avec le savon noir ou avec le savon de goudron. A un degré ordinaire de maladie, ce traitement suffit pour obtenir la guérison. Dans le cas contraire, pour les formes rebelles ou récidivantes, on aura recours à l'huile de cade unie à l'axonge ou au glycerolé d'amidon.

Les préparations de goudron sont particulièrement indiquées dans l'eczéma du cuir chevelu, lorsqu'il est devenu squameux ou pityriasique. Tous les jours on peut pratiquer une lotion avec le savon de goudron et ensuite faire une onction avec une pommade à l'huile de cade.

A ce propos, il est bon de signaler la tolérance toute particulière du cuir chevelu pour l'huile de cade. C'est là un

point important à noter dans le traitement de l'eczéma de cette région. Non-seulement les badigeonnages avec l'huile de cade n'exaspèrent pas le mal, n'augmentent pas l'inflammation, mais encore elles hâtent sa résolution dans la plupart des cas. C'est certainement un des meilleurs topiques que l'on puisse employer ainsi que l'a depuis longtemps démontré M. le docteur Lailler dans ses leçons à l'hôpital Saint-Louis.

Remarquons, en passant, que pour guérir l'eczéma du cuir chevelu, il n'est nullement nécessaire de couper les cheveux, il suffit de nettoyer la tête et de peigner avec soin les cheveux, surtout chez les femmes et les enfants.

Dans l'eczéma de la face, et dans l'impétigo de la barbe on obtient la chute des croûtes, soit en maintenant pendant la nuit un morceau de toile imperméable à l'aide d'une bandelette agglutinative, soit en faisant des onctions huileuses. Une fois les croûtes tombées, on barbouillera les parties malades avec la pommade à l'oxyde de zinc ou au calomel ou bien encore avec une solution d'acide phénique.

Glycérine.	āā 15 grammes
Alcool.	
Acide phénique.	2 »
Eau distillée.	200 »

Dans l'eczéma-impétigineux simple de la face, sur les régions recouvertes de poils, il ne faut pas oublier que l'inflammation gagne souvent les follicules pileux : il survient alors des pustules qui sont traversées par un poil et des nodosités caractéristiques (eczéma sycosiforme de M. Devergie). Dans ces cas, le poil agissant comme corps étranger, il importe de pratiquer l'épilation. Un pansement simple comme celui indiqué ci-dessus suffit ensuite pour amener la guérison.

Si les oreilles sont le siége de l'eczéma, l'inflammation peut envahir le conduit auditif et donner lieu à une surdité momentanée. Des injections émollientes sont le seul remède à oppo-

ser à cet état. Les fissures qui se produisent si souvent dans la rainure de l'oreille seront pansées le soir avec la pommade de zinc ou à l'huile de cade et le jour saupoudrées de poudre d'amidon.

Quelquefois un badigeonnage léger, renouvelé tous les deux jours avec l'huile de cade pure ou mélangée avec parties égales d'huile d'amandes douces, suivant le plus ou moins d'irritabilité de la peau, suffira pour amener une cicatrisation rapide.

Il faudra recommander aussi aux femmes de ne pas enrouler leurs cheveux autour des oreilles comme elles le font si fréquemment dans le but de dissimuler leur mal, pratique dont le résultat le plus certain est d'entretenir l'irritation de la surface cutanée.

Notons aussi en passant que l'eczéma des oreilles s'observe souvent chez les femmes, et notamment à l'époque de la ménopause.

Contre l'eczéma des paupières un des meilleurs topiques est la pommade suivante :

Axonge.	25 grammes.
Acétate de plomb.	0,25 centigrammes.

On en enduit une compresse que l'on applique, le soir, sur les parties malades.

Quand l'eczéma envahit le conduit auditif et l'oreille moyenne, il se produit des phénomènes qui ont été bien étudiés par M. Ladreit de Lacharrière [1]. « Dans sa forme chronique, l'eczéma a un retentissement plus fâcheux sur l'oreille moyenne et sur l'oreille interne. Le conduit auditif est fendillé, rouge par places, on voit se détacher de sa surface des lambeaux épidermiques qui laissent au-dessous des sur-

[1] *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, t. I, p. 177 et suiv.

faces facilement saignantes. Les tympans sont le plus souvent très-épaissis. Au niveau et dans la direction du manche du marteau on constate une vascularisation plus marquée, une sorte de pannus. Les malades se plaignent d'être sourds, ils souffrent de bourdonnements quelquefois insupportables. » M. Ladreit de Lacharrière s'élève avec raison contre un préjugé très-enraciné, c'est l'idée que l'eczéma des oreilles chez les enfants est un mal qu'il faut respecter et qui disparaîtra à la puberté ou à toute autre phase importante de la vie. Cette résignation, cette attente salutaire de la puberté, voire même du mariage se rencontrent non-seulement pour les sécrétions eczémateuses de l'oreille, mais aussi pour l'eczéma du cuir chevelu, pour l'acné, etc. « Cela passera à un certain âge » dit-on toujours. Malheureusement il en est rarement ainsi et comme le dit notre savant confrère on vient alors trop tard réclamer des soins qui alors se trouvent impuissants.

L'eczéma de l'oreille est excessivement tenace; aussi, importe-t-il d'instituer le traitement le plus tôt possible. A l'état aigu, les purgatifs salins sont indiqués comme dans les autres localisations de l'eczéma. Plusieurs fois par jour, on fera des lotions avec de l'eau de guimauve et de pavot chaude, et, après chacune d'elles, on appliquera sur les parties malades une couche d'un mélange à parties égales de l'huile d'amandes douces et de l'huile de jusquiame. Une fois l'inflammation aiguë et les démangeaisons calmées, M. Ladreit de Lacharrière fait remplacer les lotions émollientes par des lotions alcalines, une cuillerée à café de bicarbonate de soude dans un verre d'eau chaude, et en augmentant graduellement la dose de sel alcalin. Les pommades que l'on peut employer avec succès contre l'eczéma du pavillon ont l'inconvénient, lorsque le mal a envahi le conduit auditif, d'empêcher l'issue des sécrétions morbides. Les lotions méritent la préférence sous tous les rapports. M. Ladreit de Lacharrière a obtenu de bons effets de l'injection, plusieurs fois par jour, d'eau de goudron, une

cuillerée à soupe de liqueur de goudron pour un verre d'eau chaude, ou de l'application de la solution suivante :

Eau de rose.	30 grammes.
Nitrate d'argent.	4 »
Laudanum.	1 »

Quelques gouttes d'acide phénique dans un verre d'eau tiède m'ont, dans certains cas, donné d'excellents résultats.

L'eczéma du *cou*, du *tronc*, ne présente pas d'indications particulières.

Il en est de même de l'eczéma des *seins*. Rappelons, toutefois, que lorsque cet eczéma reste bien localisé aux seins ou au pourtour du mamelon, il est, d'après M. le professeur Hardy, un indice certain de la gale. Rappelons aussi qu'il est, en général, d'une guérison très-difficile.

Il peut être aussi entretenu par la grossesse ou l'allaitement; dans ces conditions, la guérison ne peut se produire qu'après la cessation de la cause physiologique.

Il faut cependant se rappeler que l'eczéma, même simple, du mamelon est, en général, tenace. Il est parfois très-circonscrit, et résiste alors aux topiques habituels; dans ces cas, Hebra conseille de légers badigeonnages avec une solution de sublimé :

Eau distillée.	30 grammes.
Sublimé.	0,25 centigrammes.

Chez les femmes ayant beaucoup d'embonpoint et dont les seins sont pendants, l'inflammation eczémateuse se développe souvent sur les parties cutanées qui se trouvent en contact. Il se passe là ce qu'on observe pour l'eczéma du pli génito-crural et celui des bourses. La première indication à remplir est l'interposition, à demeure, entre les parties malades, d'un linge; souvent même, cela suffit pour guérir l'eczéma. L'iso-

lement des surfaces, l'absence de frottement, est une précaution de rigueur dont l'exécution est indispensable au succès de quelque mode de traitement que ce soit, dont le meilleur consistera presque toujours en des badigeonnages, renouvelés tous les jours ou tous les deux jours avec l'huile de cade pure ou mélangée à de l'huile d'amandes douces en proportion variable, suivant la susceptibilité cutanée de chaque malade.

Eczéma anal. — On l'observe chez l'homme et chez la femme, mais, dans les deux cas, il est sujet à de fréquentes récidives. Il ne reste pas toujours exactement limité au pourtour de l'anus. Chez l'homme, l'eczéma anal envahit souvent le périnée et le scrotum; chez la femme, il gagne la vulve et le pli génito-crural. Dans ces régions, notamment à la marge de l'anus, la peau qui est le siége de l'eczéma est épaissie, les replis cutanés sont plus accusés, et il existe des fissures profondes qui, traversant l'épiderme, atteignent même parfois jusqu'au derme (Hebra). La surface malade est le siége d'un épaississement et d'une induration qui, dans quelques cas, pourraient faire craindre une dégénérescence de mauvaise nature que je n'ai cependant jamais eu l'occasion d'observer. Habituellement on y découvre, à l'examen, les traces évidentes des grattages du malade. Il est vrai que, de toutes les manifestations de l'eczéma, c'est une de celles où les démangeaisons sont les plus vives, surtout pendant la nuit. Elles sont une cause fréquente d'insomnie; souvent même le sommeil ne peut venir qu'après des grattages réitérés. La muqueuse anale est également le siége d'un prurit intense; aussi les malades introduisent-ils les doigts dans le rectum, et exercent-ils des frottements qui déterminent un léger suintement séreux, ce qui est presque toujours suivi d'une atténuation marquée dans les souffrances. Chez quelques-uns, ces grattages de la muqueuse ano-rectale sont parfois accompagnés d'éjaculations qui amènent un dépérissement profond. — D'après le docteur Vérité, ces grattages et l'introduction ré-

pétée des doigts dans le rectum finissent « par produire des désordres fort analogues à ceux que les médecins légistes ont donnés comme caractéristiques de la pédérastie passive[1]. »

L'eczéma anal est en général sec, et présente les caractères que M. Bazin attribue aux eczémas de nature arthritique, et que nous avons déjà indiqués ; aussi cet auteur conseille-t-il d'avoir recours aux alcalins contre cette variété d'eczéma.

Voici les règles du traitement qu'il prescrit[2] :

Tisane de saponaire ou de pensée sauvage édulcorée avec le sirop de fumeterre ou d'orme pyramidal.

Matin et soir, une heure avant le repas, une cuillerée à soupe du sirop suivant :

Sirop de fumeterre ou de saponaire.	500 grammes.
Bicarbonate de soude.	6 à 8 »

Enfin, boire une eau alcaline aux repas.

Localement, l'usage de lotions alcalines et de la glycérine, la pommade au sulfate de fer :

Sulfate de fer.	0,40 à 0,50 centigrammes.
Cétine.	4 grammes.
Axonge.	30 »

Contre l'eczéma anal, on peut aussi avoir recours à des lotions avec une solution de sublimé, qui très-souvent calment les démangeaisons si pénibles pour les malades, et qui, d'autre part, sont une cause d'aggravation du mal.

Lait d'amandes.	500 grammes.
Sublimé.	ãã 0,25 centigrammes.
Chlorhydrate d'ammoniaque. .	

Il en est de même des pommades à l'oxyde de zinc, au précipité blanc et au sous-nitrate de bismuth.

[1] *France médicale*, N° 51 et 53 de 1875.

[2] Bazin, *Leçons théoriques sur les affections génériques de la peau* p. 167.

M. le docteur F. Guyon a employé avec succès, dans ces cas, un mélange à parties égales de sous-nitrate de bismuth et d'oxyde blanc de zinc :

Glycérolé d'amidon.	60 grammes.
Sous-nitrate de bismuth.	āā 5 »
Oxyde de zinc.	

M. le docteur Rodet, ex-chirurgien en chef de l'Antiquaille, a obtenu de nombreuses guérisons du mode de traitement suivant :

Tous les matins, faire sur les parties malades une onction avec :

Huile d'amandes douces.	parties égales.
Glycérine.	
Oxyde de zinc.	

Le soir, on remplacera le mélange ci-dessus par des applications d'huile de cade additionnée d'huile d'amandes douces en proportion variable, suivant la susceptibilité de la peau. L'huile pure ou coupée, tout en modifiant favorablement les surfaces malades, a encore l'avantage d'empêcher l'apparition de petites pustules qui se produisent parfois sous l'influence du liniment à l'oxyde de zinc.

Chez les malades qui ne peuvent supporter l'huile de cade, on se trouvera bien de remplacer les badigeonnages cadiques par des lotions phéniquées.

Hebra conseille d'employer de préférence une solution alcoolique :

Alcool.	180 grammes.
Glycérine.	āā 30 »
Éther.	
Acide phénique.	8 »

Les lotions phéniquées m'ont surtout paru utiles quand l'eczéma s'accompagnait d'induration des tissus sous-jacents,

comme on l'observe si fréquemment dans les eczémas chroniques de la marge de l'anus.

Eczéma des parties génitales. — De même que l'eczéma de l'anus, l'eczéma des parties génitales serait presque toujours, d'après M. Bazin, de nature arthritique. Dans ce cas, il resterait limité aux surfaces primitivement affectées, tandis que l'eczéma dartreux envahit les régions voisines, les cuisses, l'abdomen. Quoi qu'il en soit, l'eczéma génital peut — chez l'homme — envahir le pénis et le scrotum, ensemble ou séparément. Dans l'eczéma pénien, la sécrétion est, en général, peu abondante. L'eczéma du scrotum donne souvent lieu, au contraire, à une sécrétion considérable, la peau s'épaissit, s'œdématie; une fois le mal arrivé à la période de dessication, l'épiderme se détache sous forme de lamelles larges et minces.

Chez la femme, l'eczéma se présente ordinairement sous la forme d'un eczéma rubrum (Hebra). Non-seulement les grandes et les petites lèvres sont envahies, mais souvent l'inflammation gagne la muqueuse vaginale, ou encore se propage de la vulve à la partie interne et supérieure des cuisses ainsi qu'à l'abdomen.

Chez l'homme comme chez la femme, l'eczéma des parties génitales existe souvent aussi au périnée — *E. périnéal.* L'eczéma vulvaire donne parfois lieu à des démangeaisons atroces qui peuvent devenir le point de départ de mauvaises habitudes; sous l'influence des grattages réitérés des malades on voit survenir souvent des excoriations.

Selon M. Devergie, l'eczéma des parties génitales, chez la femme, est très-souvent lié, comme le prurigo, à la glycosurie; le traitement arsenical général fait alors, d'après cet auteur, justice des deux affections. Dans l'eczéma génital, une des premières indications à remplir, c'est de calmer le prurit. Les lotions au vinaigre (20 à 40 grammes sur 1,000 grammes d'eau, Devergie); à l'alun (10 à 20 grammes

sur 500 grammes d'eau); au sublimé (0,10 à 0,15 centigrammes sur 500 grammes d'eau ou de lait d'amandes); au coaltar saponiné (1 gramme sur 100 grammes d'eau, Devergie), etc...., ont une action à la fois résolutive et calmante. L'eau salée constitue aussi un topique excellent qui, chez quelques malades, suffit pour faire cesser les démangeaisons qui les torturent.

L'eczéma des parties génitales est justiciable de tous les moyens que l'on emploie contre les autres variétés d'eczéma; d'après le professeur Hebra, les diverses préparations de goudron trouveraient, dans la plupart des cas, un utile emploi.

Contre l'eczéma du scrotum, M. le docteur Duncan Bulkley, de New-York, a obtenu de très-bons résultats de l'application répétée, à l'aide d'un pinceau, de teinture composée de benjoin.

Une des principales complications de l'eczéma des parties génitales étant le prurit, il faut surtout s'attacher à le combattre. Tous les moyens que l'on a proposés contre le prurit cutané simple de ces régions peuvent encore être employés ici avec avantage.

M. Delioux de Savignac a obtenu, dans beaucoup de ces cas, d'excellents résultats de lotions faites avec de l'infusion de mauve additionnée de borax et d'eau de laurier cerise :

Infusion de mauve.	1 litre.
Eau de laurier cerise filtrée.	50 grammes.
Sous-borate de soude..	10 »

Ce serait à la formation d'un cyanure de soude que l'auteur attribue les propriétés sédatives de cette mixture dont M. N. Gueneau de Mussy [1] a été à même de constater, dans plusieurs cas, les bons effets.

On peut encore conseiller, et je les ai vues souvent réussir,

[1] *Clinique médicale*, tome second, p. 332.

des lotions chloralées ainsi formulées par M. le docteur Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis :

Eau.	150 grammes.
Hydrolate de roses.	100 »
Hydrate de chloral.	5 à 10 »

Il faut avoir soin de pratiquer ces lotions à l'aide d'une éponge fine, et de saupoudrer ensuite les parties malades avec la poudre d'amidon. On donnera en même temps à l'intérieur les antispasmodiques : valériane, éther valérianique, castoréum, musc, bromure de potassium, etc.

Ce dernier remède a été surtout préconisé par le docteur N. Gueneau de Mussy, qui en a obtenu de bons résultats, comme topique, dans les affections prurigineuses, en combinant l'action locale du médicament avec son administration à l'intérieur.

Du reste, le chloral et le bromure de potassium s'adressent non-seulement à l'eczéma des parties génitales, mais encore à toutes les dermatoses prurigineuses, car ce sont surtout les démangeaisons qu'elles font cesser; toutefois, la lésion cutanée n'étant plus irritée par les grattages du malade, se modifie favorablement. D'autres fois, il n'existe qu'un simple prurit cutané sans altération appréciable du tégument, dont les lotions chloralées ou bromurées triomphent presque toujours assez rapidement.

D'une manière générale, les solutés réussissent mieux que les pommades contre l'eczéma génital; néanmoins dans certains cas, on en obtient de bons résultats. M. N. Gueneau de Mussy a employé souvent, avec succès, une pommade ainsi formulée :

Glycérolé d'amidon.	20 grammes.
Bromure de potassium. . . . } Sous-nitrate de bismuth. . . . }	āā 1 »
Calomel à la vapeur.	0,40 centigrammes.
Extrait de belladone.	0,20 »

Cette pommade détermine d'abord un sentiment de cuisson assez pénible, auquel succède un apaisement durable. L'auteur recommande, comme condition importante du succès, de n'employer que de la glycérine neutre. C'est là, du reste, un point qu'il ne faut jamais négliger ; et, pour notre part, nous ne saurions trop insister sur l'avantage réel que présente, dans le traitement des maladies de la peau, la glycérine neutre, extraite de l'huile de palme, sur les autres glycérines.

Comme moyens auxquels on pourrait encore avoir recours, nous reproduisons, d'après le docteur N. Gueneau de Mussy[1], les topiques suivants, que Vigo, dans son *Traité de chirurgie*, préconise contre le prurit vulvaire :

1° Faire des onctions sur les parties prurigineuses avec la mixture :

Huile de roses.	āā 62 grammes.
Onguent populéum..	
Suc de plantain.	25 »
Vinaigre rosat.	āā 8 »
Vin de grenade.	
Litharge d'or.	āā 30 »
Litharge d'argent.	
Céruse.	16 »
Tuthie.	12 »

2° Si ce moyen ne suffisait pas, il faisait des embrocations sur la partie malade, avec le collyre :

Eau de plantain..	āā 250 grammes.
Eau de roses.	
Vin de grenades..	āā 16 »
Suc de limons.	
Suc de joubarbe.	40 »
Suif. albi sine opio.	160 »

Eczéma des membres inférieurs. — L'eczéma se localise

[1] *Clinique médicale*, tome second, p. 331.

très-fréquemment aux jambes, d'après M. Devergie 75 fois sur 100. La guérison est, en général, très-difficile, par suite de l'absence de repos.

L'éruption, ici, présente des caractères particuliers qui tiennent évidemment à la région. C'est là qu'on voit ces vastes plaques qui, occupant toute la face antérieure des deux jambes, revêtent un caractère chronique, notamment chez les vieillards. Tout le monde a rencontré ces eczémateux vénérables dont, après des récidives fréquentes, la peau finit par prendre un aspect caractéristique. Le tégument paraît recouvert d'une pellicule mince, translucide, d'un rouge brillant, luisant, sec, traversé par des arborisations vasculaires ténues d'un rouge vif. Cet état est loin d'indiquer une guérison prochaine, et ne permet pas de porter un pronostic aussi favorable, pour la durée de la maladie, que la desquamatiou pityriasique, forme de bon augure qui annonce une franche tendance à la résolution.

Le plus souvent aussi, l'éruption eczémateuse des membres inférieurs est entretenue ou aggravée par la présence de varices ou d'ulcères. Chez les dartreux, ce sont là de véritables points d'appel pour les manifestations cutanées.

Toutefois, on peut se demander ici si ce sont les varices qui prédisposent aux eczémas ou si ce sont les eczémas qui sont le point de départ des varices? Ces deux cas, d'ailleurs, peuvent se produire. M. Devergie a fait remarquer, avec beaucoup de justesse, que l'eczéma non variqueux a son siége habituel en avant et en dehors du membre, tandis que, dans l'eczéma variqueux, on le trouve plus particulièrement à la face interne.

Contre les eczémas qui sont compliqués d'ulcères, on peut employer avec avantage des pansements avec des bandelettes de diachylon régulièrement disposées les unes au-dessus des autres.

Depuis 1846, M. Devergie a recours, avec succès, contre

les eczémas variqueux, aux bandages dextrinés. Il place sur la surface eczémateuse une compresse trempée dans :

Eau.	1000 grammes.
Dextrine.	125 »

On imbibe de cette solution une bande roulée de 4 ou 5 centimètres de largeur, et on l'applique méthodiquement comme un bandage roulé ordinaire; on l'arrose ensuite et on laisse sécher peu à peu. Ce bandage doit être peu serré; on le renouvelle tous les quatre ou cinq jours, seulement quand il devient trop large.

Ces moyens permettent aux malades de vaquer à leurs affaires.

Dans ce but, et à titre également palliatif pour les varices, on peut encore employer avec avantage la compression faite, soit avec une simple bande de toile, soit à l'aide d'un bas lacé ou de tissu de caoutchouc. Les bas lacés ou ceux en tissu caoutchouqué sont préférables aux bandes, qui se relâchent bientôt, quelque méthodique que puisse en être l'application. La compression avec le bas lacé contribue toujours à la guérison de l'eczéma, en ce sens qu'elle empêche l'afflux du sang dans les veines dilatées; toutefois, il est de la plus haute importance de tenir le bas aussi propre que possible, et de renouveler matin et soir le pansement qui se trouve en contact direct avec l'eczéma, avec les ulcères variqueux; sans cela le bas lacé deviendrait à son tour une cause active de l'irritation cutanée. J'insiste beaucoup sur l'utilité des bas élastiques dans le traitement de l'eczéma des jambes, alors qu'il ne s'agit pas d'un eczéma variqueux; car, si l'on ne constate pas toujours la présence des veines variqueuses, il y a souvent un manque de tonicité dans les vaisseaux capillaires, qui est favorablement modifié par l'application des bas.

De même que le bandage dextriné de M. Devergie, l'usage du bas lacé permet au malade de vaquer à ses occupations,

de continuer son travail, et ce n'est point là une chose indifférente pour les ouvriers et les malheureux.

On arrivera encore aux mêmes résultats par la position horizontale qui, dans tous les cas, quand elle sera possible, constituera un auxiliaire puissant pour la guérison des eczémas variqueux.

Dans l'*eczéma des mains et des pieds*, plusieurs distinctions sont nécessaires pour le traitement.

S'il s'agit d'eczémas professionnels, de ces éruptions pustuleuses, — gale des épiciers, — qui sont si fréquents chez les individus obligés de manier des substances âcres ou irritantes, il suffira souvent de l'application de la toile vulcanisée ou de quelques moyens émollients pour en triompher rapidement. Dans les cas qui sont rebelles, soit parce que l'agent provocateur n'a fait que mettre en action une diathèse préexistante, soit parce que les manifestations eczémateuses ont été enflammées, aggravées, comme cela s'observe fréquemment par des topiques irritants, dans ces cas-là, disons-nous, il faudra, outre un traitement général approprié, des pansements avec la pommade au goudron ou l'huile de cade.

L'eczéma des mains et des pieds présente encore ceci de particulier, c'est que, en raison de la résistance de l'épiderme dans ces régions, il se forme souvent, par la rupture des cloisons intervésiculaires, des bulles plus ou moins volumineuses. Il importe, dans ces cas, de ménager autant que possible cette enveloppe protectrice, à l'abri de laquelle on voit la sécrétion eczémateuse se résorber graduellement et ne laisser après elle qu'une large squame épidermique qui tombera peu à peu, mais sûrement, d'elle-même. Si, au contraire, les vésicules se rompent, il peut se produire de légères exulcérations, voire de véritables ulcères qui sont souvent longs et difficiles à guérir.

On voit aussi survenir, dans ces régions, un eczéma sec

qui, d'emblée, présente une certaine analogie avec le psoriasis, — *eczéma arthritique* de M. Bazin. — Dans ces cas, l'enveloppement avec la toile vulcanisée et des onctions avec le glycerolé d'amidon sont très-utiles pour assouplir l'épiderme.

L'eczéma des doigts et des orteils est, en général, très-rebelle; souvent il se présente sous la forme de poussées pustuleuses qui apparaissent au moment où tout semblait faire prévoir une guérison prochaine. L'huile de cade m'a toujours paru être un excellent moyen à opposer à ces jetées impétigineuses; bien des fois même elle les fait avorter. L'enveloppement imperméable donne aussi, dans ces cas, de bons résultats.

Hebra conseille surtout l'emplâtre diachylon, avec la précaution d'envelopper séparément chaque doigt ou chaque orteil dans des linges enduits avec soin; pardessus on met un gant ou un bas suffisamment larges. Il faut avoir la précaution de renouveler l'onguent toutes les douze heures, et d'enlever l'épiderme ramolli à l'aide d'une friction rude, et cela lors même que la peau apparaît rouge ou humide après cette opération. Cette précaution est nécessaire pour empêcher la démangeaison, et aussi pour mettre de nouveau le remède en contact plus intime avec la partie affectée.

Dans un cas d'eczéma des orteils qui avait résisté à des traitements aussi nombreux que variés, M. le docteur A. Fournier a vu la guérison survenir à la suite de plusieurs applications de teinture de benjoin. Depuis, j'ai eu l'occasion d'employer le même procédé dans des circonstances analogues, et les résultats ont été également favorables, ils viennent à l'appui des faits observés par MM. Duncan Bulkeley et Alfred Fournier.

J'en dirai autant de l'eczéma du *pli des articulations*, qui présente le grave inconvénient, s'il a son siége au pli de l'aine ou au creux du jarret, d'empêcher le malade de vaquer à ses

occupations journalières, par suite des fissures et des crevasses très-douloureuses qui se produisent. Le mode de pansement que nous venons d'indiquer résoudra la difficulté en détergeant rapidement les surfaces eczémateuses, en s'opposant au frottement des parties malades et à l'action irritante que les vêtements exercent sur elles. Une fois arrivée à la période furfuracée, l'éruption disparaît rapidement par l'effet de quelques applications légèrement stimulantes, notamment de pommade au goudron.

HERPÈS

Employée autrefois et même encore aujourd'hui par quelques dermatologistes, dans un sens général, comme synonyme du mot *dartre* pour désigner des dermatoses d'origine diathésique, cette dénomination devrait être réservée à des éruptions vésiculeuses.

C'est là, quant à nous, la seule signification que nous veuillons lui donner. Notre intention n'est pas du reste de décrire ici toutes les variétés d'herpès admises par les auteurs, notamment l'*herpès circiné* et l'*herpès iris*, qui appartiennent aux affections parasitaires et dont nous parlerons à propos de cette classe de maladies.

D'une façon générale l'*herpès* est caractérisé par une éruption de vésicules disposées en groupes sur une surface rouge et enflammée, groupes qui sont séparés les uns des autres par des intervalles peu étendus de peau saine. Ces plaques vésiculeuses, dont la durée varie de quelques jours à trois et quatre semaines, se dessèchent sous forme de croûtes minces dont la chute dans certains cas peut être suivie d'une cicatricule ou même de cicatrice.

Cette éruption s'accompagne ordinairement d'une sensation de chaleur, de démangeaison, de brûlure, qui précède souvent aussi l'éruption, d'autrefois de véritables douleurs

névralgiques qui persistent parfois longtemps après la disparition des vésicules.

Sous le nom d'*hydroa arthritique*, M. Bazin a décrit une affection analogue à l'*herpès phycténode* de Willan, herpès à grosses vésicules, qu'il ne faut pas confondre avec l'herpès iris que l'on observe dans la période de germination du trichophyton et qui est caractérisé au contraire par des vésicules à peine perceptibles. Il est d'autres signes qui permettent de les distinguer, nous y reviendrons plus tard.

L'hydroa arthritique de M. Bazin est l'herpès successif et chronique. Il peut se présenter sous trois formes différentes, que M. Bazin a désignées sous les noms suivants : hydroa vésiculeux ; hydroa vacciniforme (olophlyctide chronique d'Alibert) ; hydroa bulleux (pemphigus à petites bulles).

Nous résumerons en quelques mots la description que M. Bazin a donnée de ces trois variétés [1].

Hydroa vésiculeux. — Cette éruption est caractérisée par « des taches d'un rouge foncé, petites, arrondies, un peu saillantes et à bords nettement limités. Ces taches ont des dimensions qui varient depuis la largeur d'une lentille jusqu'à celle d'une pièce de vingt centimes ; elles sont quelquefois entourées d'une auréole rosée ; elles présentent bientôt à leur centre une petite vésicule d'un liquide jaunâtre et transparent. Cette vésicule naît le jour qui suit l'apparition de la tache rouge ; elle se dessèche rapidement au centre qui est occupé par une petite croûte noirâtre, tandis que le liquide est résorbé à la circonférence ». Vers le deuxième ou le troisième jour de l'éruption, « on voit de petits disques rouges supportant à leur centre une croûte noirâtre et entourée d'un liséré blanchâtre légèrement saillant... Au bout de quelques jours, la coloration de la petite tache disparaît, la croûte centrale tombe en laissant une macule violacée qui s'efface

[1] *Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées de nature arthritique et dartreuse.* p. 192 et suiv.

lentement. » Sur les muqueuses les vésicules sont blanchâtres et entourées d'une auréole violacée.

L'hydroa vésiculeux s'observe sur la peau et les muqueuses, notamment à la face dorsale des mains et des poignets, à la partie antérieure des genoux, sur la lèvre inférieure et à la face interne des joues. Parfois, mais rarement, son apparition est précédée de quelques malaises qui cessent dès que l'éruption se développe.

C'est une éruption saisonnière, comme l'érythème ; M. Bazin l'a toujours vue survenir chez des sujets arthritiques.

Traitement. — Il est des plus simples : des bains alcalins, quelques boissons diurétiques, un régime doux et le repos suffiront pour hâter la guérison d'une affection qui dans bien des cas se dissiperait d'elle-même.

Hydroa vacciniforme. — Il apparaît à la suite d'une promenade au grand air ou après l'exposition à un soleil ardent. Des taches rouges, sur lesquelles naissent des vésicules transparentes analogues à celles de l'herpès, le caractérisent au début. Dès le deuxième jour ces vésicules s'ombiliquent; en peu de temps il se forme une croûte d'abord au centre puis à la circonférence de la vésicule ; lorsque cette croûte se détache, elle laisse une cicatrice déprimée assez semblable à celles de la variole. Cette affection peut se prolonger par poussées successives pendant plusieurs mois.

Traitement. — M. Bazin recommande les alcalins : toutefois dans un cas rebelle aux autres médications, les eaux de la Bourboule procurèrent une guérison rapide et radicale.

Hydroa bulleux. — L'hydroa bulleux, ou pemphigus à petites bulles, se manifeste par des bulles d'inégal volume, variant de la grosseur d'une lentille à celle d'un pois, reposant sur une base erythémateuse. Ces bulles sont arrondies, irrégulièrement disposées par groupes de trois à quatre ; elles contiennent un liquide transparent, devenant rapidement trouble et jaunâtre ; elles sont entourées d'une auréole rouge. Ces

bulles se produisent par poussées successives; le liquide qu'elles contiennent se desséche sous forme de croûtes jaunâtres. Elles ont leur siége de prédilection sur les bras, le tronc et la partie interne des cuisses ; comme les deux précédentes variétés, elles se manifestent quelquefois sur la muqueuse buccale. De même aussi les changements de saison et les variations de température ont une grande influence sur le développement de cette affection.

Traitement. — De nature arthritique, comme l'hydroa vésiculeux et l'hydroa vacciniforme, l'hydroa bulleux est, d'après M. Bazin, justiciable des amers et du sirop alcalin. De même que pour le pemphigus il faut s'abstenir de bains, qui pourraient entraîner la rupture des bulles ou provoquer de nouvelles poussées.

On doit se borner à recouvrir l'éruption de poudres inertes, telles que la poudre d'amidon, de lycopode, de tan, etc. Plus tard, lorsque des croûtes se seront formées, on en viendra aux bains, et de préférence à des bains alcalins contenant 100 à 120 gram. de carbonate de potasse.

L'herpès est presque toujours limité à des régions circonscrites, définies, de la peau ou des muqueuses. Néanmoins dans certaines circonstances il peut se généraliser et offrir alors toutes les allures d'une pyrexie. M. H. Coutagne a rapporté de cette variété plusieurs cas très-intéressants qu'il a groupés sous le nom d'*herpès généralisé fébrile*.

La maladie, telle que cet auteur l'a étudiée, débute par des symptômes aigus analogues à ceux des exanthèmes fébriles; fièvre, frissons, céphalalgie, courbature, inappétence, état saburral, etc. Ces symptômes sont rapidement suivis d'une éruption vésiculeuse abondante sur les membres, le tronc, la face, les organes génitaux, etc., et sur les muqueuses de l'isthme guttural et du repli balano-préputial.

Ce qui caractérise surtout l'herpès généralisé fébrile, d'après M. H. Coutagne, c'est la combinaison d'éruptions se suc-

cédant à très-courte échéance, sans que l'état général puisse faire diagnostiquer leur apparition ni leur fin. Ces poussées successives expliquent la persistance de la fièvre longtemps après le début de l'éruption.

A quelle période se produit l'angine herpétique vésiculeuse dont M. Coutagne a constaté la présence dans chaque cas? C'est là un point non complétement élucidé et dont la solution serait, on le comprend, très-désirable au point de vue du diagnostic.

L'herpès généralisé fébrile n'est pas contagieux. Aussi, malgré sa grande ressemblance avec un exanthème, nous ne saurions le ranger dans la même classe que ces affections dont il se rapproche à certains égards, mais dont il s'éloigne aussi par sa non-contagiosité et sa non-inoculabilité. Nous croyons que cette variété d'herpès doit être placée au nombre des états particuliers que M. Parrot a désignés sous le nom de *fièvre herpétique*.

Le seul traitement à lui opposer consiste à combattre l'état saburral des premières voies à l'aide de quelques purgatifs ou éméto-cathartiques. Localement, un peu de poudre d'amidon et des soins de propreté seront les seuls moyens auxquels on doive avoir recours. Contre l'angine herpétique on prescrira des gargarismes calmants (eau de guimauve et de pavot coupée avec du lait), plus tard légèrement astringents; des badigeonnages avec la glycérine. En un mot la guérison de cette dermatose ayant lieu spontanément, l'intervention médicale devra naturellement être peu active.

Les autres formes de l'herpès sont infiniment plus fréquentes que celle-ci. En les passant en revue nous nous arrêterons de préférence sur celles dont l'étiologie et la thérapeutique peuvent présenter de l'intérêt pour le praticien.

De petites vésicules, disséminées ou groupées sur les lèvres, principalement aux commissures, constituent l'*her-*

pès labialis, terme impropre du reste, en ce sens que cette éruption, existant souvent sur d'autres régions de la face et des muqueuses, mériterait plus justement le nom d'*herpès larvalis*. C'est la forme à la fois la plus commune et la plus bénigne de l'herpès ; les vésicules ont une durée éphémère et les croûtelles qui leur succèdent laissent, après leur chute, la peau parfaitement normale.

De traitement il ne saurait être ici question, à moins que, sous l'influence d'un mauvais état général, l'éruption ne prenne une certaine extension et ne perde ses caractères primitifs. Il suffira d'un peu de cold-cream, de pommade au concombre, de crême de lait pour atténuer l'irritation locale et favoriser la guérison qui a lieu spontanément, et, en général, au bout de 4 à 5 jours.

Une sensation de prurit, de chaleur avec tuméfaction légère et tension douloureuse de la lèvre et de la muqueuse adjacente, sont les signes précurseurs de cette petite éruption que souvent précède ou accompagne un mouvement fébrile; on l'observe surtout, dans le cours des affections catarrhales, au moment où tombe la température. Quelques auteurs lui font même l'honneur de la considérer comme un phénomène critique, avantageux par conséquent pour l'issue de la maladie, *herpès critique*. A quelles causes doit-on rattacher son apparition? Il nous est impossible de le dire.

D'autres fois l'*herpès labialis* se manifeste en dehors de toute modification appréciable dans l'état de santé ; son origine est souvent alors rapportée au contact d'objets malpropres, de substances irritantes.

Une éruption d'herpès peut aussi se manifester aux parties génitales de l'homme et de la femme, elle constitue alors l'*H. præputialis*, l'*H. pudendalis* ; les conditions spéciales dans lesquelles se produisent ces éruptions ont engagé à en placer la description dans la première partie de cet ouvrage,

où, mieux que nous, notre cher maître M. Diday avait qualité pour en parler avec la compétence de son savoir et de sa vieille expérience (V. pag. 138 et suiv.).

Des vésico-bulles reposant sur un fond érythémateux, groupées en plaques irrégulières, disposées en forme de demi-ceinture, presque toujours limitées à une moitié du corps, et accompagnées de douleurs névralgiques, tels sont les phénomènes caractéristiques de l'affection connue sous le nom de *zona* ou *herpès zoster*.

De toutes les variétés de l'herpès, c'est la plus intéressante, celle qui doit particulièrement fixer l'attention du praticien au double point de vue étiologique et thérapeutique.

Bien plus grosses que les vésicules eczémateuses, ou celles de l'herpès vulgaire, celles du zona sont demi-sphériques, isolées ou groupées en nombre variable de manière à former des plaques arrondies ou ovales de la dimension d'une pièce de cinquante centimes à un franc, séparées par des intervalles de peau saine. Parfois les vésicules d'une même plaque se réunissant, il en résulte une véritable bulle. Ces vésicules reposent invariablement sur une base enflammée, d'un rouge vif ou rouge sombre, état dont l'apparition précède l'éruption d'un ou deux jours.

De transparent qu'il était au début, le contenu des vésicules devient rapidement opalescent ; ordinairement ce liquide se résorbe et il se forme une petite croûte brunâtre, adhérente, qui laisse après elle une teinte rouge foncée. D'autres fois — notamment chez les vieillards et les individus débilités — il se creuse, au dessous de la vésicule, une ulcération recouverte d'une croûte, ulcération à laquelle succède une cicatrice déprimée, analogue à celle des éruptions varioliques.

L'éruption du zona se développe presque toujours sur le trajet de filets nerveux superficiels : disposition évidemment liée

à l'existence de douleurs locales qui précèdent et accompagnent presque invariablement l'apparition herpétique. Ces douleurs sont, après l'éruption, un des phénomènes les plus constants du zona. Elles sont rangées par la plupart des auteurs dans la classe des névralgies. C'est là un point qui avait été parfaitement mis en lumière par M. Parrot dès 1856 (*in Union médicale, numéro de mars*). Sourdes parfois, le plus ordinairement ces douleurs sont aiguës, lancinantes ; de même que dans les névralgies, il est alors des points d'élection où la sensation est plus vive, plus pongitive. Antérieures à l'éruption, ces douleurs reviennent fréquemment par accès et se prolongent parfois très-longtemps après la guérison des plaques vésiculeuses. Chez les vieillards notamment on observe souvent cette persistance de la douleur. J'ai donné des soins à un vieillard qui avait eu un zona plusieurs années auparavant et qui, au bout de dix ans, était encore tourmenté par des élancements qui, se faisant sentir surtout pendant la nuit, lui occasionnaient de cruelles insommies. Chez ce malade la peau avait conservé une sensibilité telle qu'il appréhendait à l'excès toute espèce d'examen. Il en est de même chez les individus atteints de myélite chronique.

Des douleurs fulgurantes précèdent parfois l'apparition d'un zoster; ces douleurs reviennent surtout la nuit et sont une cause d'insommie et d'aggravation de l'état général.

Ce sont ces douleurs névralgiques vives avec chaleur ardente et cuisson qui avaient fait donner à la maladie le nom de *feu sacré* ou *feu de Saint-Antoine*.

Dans quelles conditions survient le zona? Si l'on se rappelle que l'éruption est précédée de douleurs ayant le caractère névralgique, et que d'autre part les plaques vésiculeuses sont toujours disposées suivant la distribution d'un nerf, il est impossible de ne pas rattacher l'un à l'autre ces deux phénomènes et de ne pas considérer le zona comme la conséquence

d'une modification quelconque des filets nerveux superficiels de la région cutanée envahie par l'éruption.

On voit, en effet, des éruptions herpétiformes, comparables au zona, survenir soit à la suite de contusions, de plaies incomplètes, de tiraillements des branches nerveuses (faits de Charcot, de Rouget, de Raynaud, de v. Bœrensprung, de Mitchel, etc.), — zona traumatique ; ou bien dans le cours des maladies de la moelle, chez les ataxiques au moment de la recrudescence inflammatoire, — zona secondaire. Dans ces deux ordres de faits on est autorisé à admettre que c'est l'inflammation, l'irritation du système nerveux périphérique ou central qui a été le point de départ de l'éruption cutanée.

Dans les cas bien plus nombreux où le zoster paraît reconnaître pour cause des variations de température, un froid humide, des refroidissements, un état dyspeptique, des troubles dans les fonctions menstruelles, etc., n'est-il pas logique de supposer que ces différentes conditions, que l'on retrouve également dans l'étiologie des névralgies, ont provoqué un *état anormal* (état mal déterminé, mais réel) des filets nerveux, se traduisant d'abord par des douleurs névralgiques et secondairement par des plaques herpétiques?

Ce que l'on sait de la marche de l'affection vient à l'appui de cette manière de voir. En un mot, comme l'a dit M. A. Hybord à propos du zona ophthalmique : « le zona est l'expression cutanée de l'irritation ou de l'inflammation de points déterminés du système nerveux. » Il est évident aussi que ces conditions pathogéniques n'entraîneront pas invariablement la production du zona chez tous les individus. Son apparition sera favorisée par des circonstances propres à tel ou tel sujet ; mais, quels que soient la constitution, le tempérament ou l'état diathésique de l'individu, le processus pathogénique du zona paraît toujours, ainsi que son évolution symptomatique, se faire d'une manière identique.

Traitement. — Le traitement du zona est des plus simples.

L'indication essentielle est d'éviter autant que possible la rupture des vésicules. Aussi doit-on s'abstenir de cataplasmes, de compresses imbibées de solutions aqueuses, de lotions émollientes. La poudre d'amidon pure ou additionnée de poudre d'oxyde de zinc ou de sous-nitrate de bismuth, ou encore : poudre d'amidon 45 grammes, poudre d'oxyde de zinc 45 grammes (Hardy), constituent le topique par excellence. On peut aussi, comme l'ont proposé MM. Debout, Devergie, Briquet, dans le but de faire avorter le zona, d'éviter les douleurs et de prévenir les frottements parfois si pénibles, étendre dès le début sur les plaques éruptives du collodion contenant sur 15 grammes 5 décigrammes de bichlorure de mercure. On peut se servir aussi de collodion dans lequel on a fait dissoudre une certaine quantité d'iodoforme; cette préparation atténue les douleurs. L'emploi du collodion élastique produit également de bons résultats; ce dernier est de beaucoup préférable au collodion ordinaire qui donne souvent lieu à une trop forte constriction des tissus et, loin alors d'apaiser la douleur, peut l'augmenter considérablement.

M. Lailler a substitué, avec avantage, à la solution acqueuse de perchlorure de fer, employée par le docteur Baudon, de Mouy (Oise), la solution alcoolique, quand on l'emploie tout à fait au début du zona. Voici en quoi consiste le traitement :

On badigeonne les surfaces malades à l'aide d'un pinceau trempé dans la solution suivante :

Alcool à 90°	40	grammes.
Perchlorure de fer sublimé.	10	»

L'application de ce topique ne détermine aucune souf france; on la renouvelle matin et soir.

Si les vésicules s'ulcèrent, il faut employer le glycérat d'amidon et recouvrir ensuite les parties malades avec la poudre d'amidon. Quant aux douleurs, elles disparaissent le

plus souvent avec l'éruption; dans d'autres circonstances, non-seulement elles persistent longtemps après la cicatrisation des vésicules, mais elles deviennent même plus intenses après la disparition du zona. — Tous les liniments calmants peuvent ici rendre de réels services; il en est de même des injections hypodermiques, de vésicatoires pansés avec la morphine.

M. Devergie a obtenu d'excellents résultats de la pommade à l'extrait de belladone et d'opium :

Axonge.	30	grammes.
Extrait de belladone	5	»
— aqueux d'opium.	2	»

On l'applique sur une grande surface et deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures.

Dans le zona gangréneux on agira comme dans les plaies de mauvaise nature : pansements phéniqués; poudre de quinquina et de charbon; lotions d'eau-de-vie camphrée; pansements alcoolisés, etc.

Herpès gestationis. — Enfin il est une variété d'herpès qui a été très-bien décrite par le docteur Duncan Bulkeley[1]; il n'en existe jusqu'à présent que neuf cas dans la science. Voici, d'après cet auteur, quels seraient ses principaux caractères :

L'herpès gestationis est une affection cutanée qui dépend directement de l'état gravide de l'utérus. Elle survient à toutes les périodes de la gestation, à partir du septième mois, et persiste en général jusqu'à ce que la matrice se soit débarrassée du produit de la conception, et soit revenue à son état normal. Cette éruption présente en outre une grande tendance à se reproduire à toutes les grossesses suivantes.

Les manifestations cutanées consistent principalement en

[1] *American journal of obstetrics and diseases of women and children*, vol. VI, n° IV.

une vive irritation, se traduisant par de la chaleur, du prurit ou des picotements, parfois même de la douleur avec apparition de plaques érythémateuses, de papules, de vésicules et de bulles, dont quelques-unes peuvent atteindre le volume d'un œuf de poule, mais dont la plupart dépasse rarement celui d'une grosse bulle d'herpès. Ces vésicules sont habituellement disposées par groupes, mais ne suivent pas le trajet des nerfs; elles apparaissent en général d'abord aux extrémités et envahissent ensuite la plus grande partie du corps. L'irritation cutanée peut provoquer un certain degré d'épuisement, mais la maladie est apyrétique.

L'éruption ne cesse pas immédiatement après la délivrance, elle ne disparaît que lentement, les vésicules devenant de moins en moins abondantes et survenant à des intervalles de plus en plus éloignés, jusqu'à ce que l'éruption s'éteigne complétement. Vers le troisième jour il se produit d'ordinaire une poussée d'une plus ou moins grande intensité; il est rare que la maladie n'ait pas complétement disparu un mois après l'accouchement.

Cette affection est quelquefois accompagnée ou suivie d'autres manifestations névropathiques, telles que érythème, urticaire et névralgies, qui peuvent persister dans l'intervalle des grossesses, tandis que dans d'autres cas la malade jouit d'une santé parfaite dans cet *interim*.

Cette éruption a quelquefois été le premier indice de la conception.

Dans la plupart des cas le traitement a été impuissant; le soulagement ne s'est manifesté qu'après la délivrance.

D'une manière générale, les enfants ne sont point affectés par la maladie que porte la mère.

Traitement. — Les auteurs qui ont rapporté des cas d'herpès gestationis n'ont indiqué aucun mode particulier de traitement pour cette affection. Du reste, dans presque tous les faits colligés par M. Duncan Bulkeley, la maladie a continué

jusqu'à la fin de la grossesse, sans être influencée même de la façon la plus légère par la médication. Dans un cas observé par l'auteur, une amélioration notable survint au bout d'un mois de traitement, au point que les trois derniers mois de la gestation se passèrent bien; de plus, il n'y eut presque aucune rechute après les couches, il ne survint que quelques vésicules disséminées qui ne donnèrent lieu à aucun malaise.

Le traitement employé par le docteur Bulkeley se composa d'applications locales antiprurigineuses :

Goudron	8 grammes.
Potasse caustique.	4 »
Eau de fontaine.	20 »

Une cuillerée à café de cette mixture dans 125 grammes d'eau pour lotionner les parties malades, ensuite onctions avec l'axonge. Ces applications ont toujours procuré un très-grand soulagement et répondent à toutes les indications. En même temps l'auteur conseille l'emploi des toniques, fer, quinine, arsenic, huile de foie de morue. M. Bulkley attribue aussi au régime une grande importance au point de vue des résultats thérapeutiques ; il le fait commencer peu après le début de la maladie et le continue longtemps après la délivrance.

A propos de l'*herpès gestationis*, nous rappellerons que, dans le prurit vulvaire, qui accompagne si souvent la grossesse, Danyau employait des onctions avec la pommade suivante :

Oxyde de zinc	30 grammes.
Borate de soude.	2 centigrammes.
Chlorhydrate de morphine. . .	0,15 centigram.
Cérat simple.	15 grammes.
Huile d'amandes douces . . .	q. s.

PUSTULES

IMPÉTIGO

Bien que nous considérions l'impétigo comme une des formes de l'eczéma, nous croyons cependant devoir lui consacrer un chapitre spécial, tant pour nous conformer à l'usage que pour mieux éclairer son étiologie ainsi que son traitement.

L'impétigo, *mélitagre flavescente* d'Alibert, présente en effet la plus grande similitude avec l'eczéma, tant sous le rapport des symptômes que sous celui de son évolution. C'est M. le professeur Hardy qui, le premier, a émis cette opinion; elle est admise aujourd'hui par bon nombre de dermatologistes, Erasmus Wilson, Anderson, T. Fox, Hebra, etc. Comme ce dernier le fait observer avec raison, il est impossible, par exemple, d'établir une différence entre l'eczéma du cuir chevelu et l'impétigo de la même région, une fois les croûtes tombées; il est donc plus rationnel de l'appeler eczéma impétigineux. — L'eczéma et l'impétigo ne diffèrent d'ailleurs, en réalité, l'un de l'autre que par l'intensité plus grande de l'inflammation cutanée dans le second; et encore, comme le remarque M. Hardy, observe-t-on en général, au début de la maladie, un mélange de pustules et de vésicules, de telle sorte qu'il est souvent impossible de dire si l'on a affaire à un impétigo ou à un eczéma.

Sur une surface qui d'emblée même est rouge, on voit apparaître des pustules petites, plus ou moins nombreuses, en général acuminées, discrètes ou réunies par groupes. Au bout de peu de jours ces pustules se rompent et laissent échapper un liquide purulent, qui se dessèche rapidement sous forme

de croûtes jaunâtres, épaisses, rugueuses ; parfois elles sont de teinte brunâtre, à cause du saignement occasionné par les grattages. Ces croûtes sont d'ordinaire peu adhérentes ; au-dessous d'elles se voient des excoriations superficielles, des exulcérations semblables à celles que l'on observe dans l'eczéma. Une fois les croûtes tombées, il se produit une nouvelle sécrétion purulente qui se concrète dans les mêmes conditions que la première, jusqu'à ce qu'enfin il se produise, après un temps variable, une desquamation épidermique, pityriasique, semblable à celle qui caractérise la période ultime de l'eczéma. C'est donc de tous points, comme on le voit, la même marche, la même évolution que nous avons indiquée pour cette dernière affection.

Toutefois l'impétigo ne se manifeste pas toujours avec les mêmes caractères objectifs ; ceux-ci varient suivant les régions et le tempérament des sujets. Aussi on voit survenir, notamment au cuir chevelu, à la face, surtout aux joues, à la lèvre, autour des narines, etc., des groupes de pustules bien circonscrits, d'une étendue variable, qui se transforment ensuite en plaques croûteuses, épaisses, jaunâtres, — *impetigo figurata*, *croûtes de lait*. Au visage, ces croûtes forment parfois un masque repoussant, — *impétigo larvalis*, *porrigo larvalis* de Willan. M. Bazin a décrit l'*I. figurata* sous le nom de *scrofulide bénigne exsudative*.

D'autres fois on voit des plaques d'impétigo disséminées sur plusieurs régions du corps : aux membres supérieurs et inférieurs, aux plis des articulations, aux mains, — *impétigo sparsa*, *impétigo scabida*. Cet impétigo est presque toujours symétrique ; il est aussi le siége de démangeaisons plus ou moins vives. D'après M. Bazin, il se rattacherait aux éruptions herpétides (*impétigo dartreux* ou *mélitagre* de cet auteur).

L'*impétigo granulata* (*teigne granulée* d'Alibert, *phthiriase capillaire* de M. Hardy). s'observe exclusivement au cuir chevelu. Ici les croûtes qui succèdent aux pustules d'im-

pétigo sont en général brunâtres, dures, inégales ; une partie de ces croûtes reste fixée au tégument, tandis que l'autre est adhérente aux cheveux, en différents points de leur longueur, sous forme de granulations, de galons. Les cheveux, du reste, sont agglutinés, collés ensemble par la sécrétion sébacée qui se mêle au liquide purulent ; au-dessous de cette espèce de feutrage capillaire existe habituellement une quantité plus ou moins considérable de poux dont la présence entretient de violentes démangeaisons.

Dans certains cas l'éruption pustuleuse est précédée ou accompagnée d'une rougeur cutanée intense. On pourrait croire qu'il s'agit d'un érysipèle si des pustules d'impétigo ne venaient bientôt donner à la maladie son véritable caractère, — *impétigo erysipelatodes*. D'après Hunt, cette forme serait quelquefois épidémique.

Sous le nom d'*impétigo sycosiforme*, de *mentagre* ou de *sycosis non parasitaire*, nous décrirons ici l'inflammation simple du follicule pileux (sycosis arthritique de M. Bazin), ou encore adénotrychie de M. Hardy, affection qui, se traduisant toujours au début par la présence de pustules, n'est que l'inflammation, primitive ou secondaire, du follicule pileux même, et a sa place naturelle au chapitre de l'impétigo.

Cette éruption est caractérisée par la présence de pustules entourant la base des poils, pustules parfois précédées ou suivies d'une rougeur et d'une induration plus ou moins prononcées des téguments ; cette dernière peut envahir aussi le tissu cellulaire sous-cutané. Cette maladie se rencontre dans toutes les régions pileuses, notamment à la lèvre inférieure, au menton et aux joues, aux aisselles, au pubis. Le nombre des pustules, leur agglomération, les prolongements indurés que l'inflammation projette dans le tissu conjonctif sous-jacent donnent souvent lieu à des masses tubéreuses d'un volume assez considérable. La surface cutanée présente alors une coloration rouge plus ou moins foncée et un aspect en général ma-

melonné. Chaque élément éruptif se compose de deux parties : l'une superficielle, pustuleuse, jaunâtre, acuminée ; l'autre profonde, rouge et papulo-tuberculeuse. « Les pustules qui surmontent ces éminences tuberculeuses se convertissent rapidement en croûtes jaunes ou brunâtres, sèches et fragmentées. Cependant, si le malade a employé des topiques irritants, la sécrétion purulente devient plus abondante, donne lieu à une croûte épaisse et unique qui repose sur une plaque indurée. L'affection, dans ce cas, ressemble à un impétigo ; mais, si l'on vient à détacher la croûte, on aperçoit la base tuberculeuse des pustules du sycosis, qu'il est facile de reconnaître.

Pendant quelque temps, les poils conservent leur adhérence et leur aspect normal. Bientôt l'inflammation s'empare de la papille pilifère et l'on observe alors une altération dans la structure de l'élément pileux, qui devient jaunâtre, s'atrophie et s'arrache avec la plus grande facilité. » (Bazin.)

Rappelons encore que c'est l'état du poil qui constitue la différence essentielle entre cette forme simple et la forme parasitaire. En effet, dans le sycosis non parasitaire, le poil, si l'affection existe depuis longtemps, peut être décoloré, atrophié, grêle, plus ou moins facile à extraire, mais jamais il ne sera tortillé, brisé, ni ne présentera les altérations cryptogamiques propres au sycosis parasitaire.

Un des caractères de cette affection est qu'il se produit constamment de nouvelles pustules, dont le pus se convertit en croûtes jaunes ou brunâtres. Sous l'influence de cette folliculite, les poils sont ébranlés dans leur gaîne, ils perdent leur adhérence et finalement ils tombent. Cette chute des poils est souvent temporaire, ou bien la papille pileuse, plus ou moins altérée, ne donne plus naissance qu'à des éléments atrophiés, c'est-à-dire à des poils grêles, lanugineux, ou enfin l'inflammation entraîne l'oblitération du follicule, et il se forme, dans ces cas, une cicatrice indélébile, déprimée, sur laquelle les poils ne repoussent plus. Mais cela n'a lieu que

pour les sycosis abandonnés à eux-mêmes, dont la durée est alors parfois extrêmement longue.

Ce sycosis peut survenir sous l'influence de la propagation aux follicules pileux de l'inflammation d'un eczéma ou d'un impétigo préexistant, ou bien par le contact sur la peau de substances irritantes, telles que frictions avec l'huile de cade, action d'un rasoir ébréché, écoulement du fluide âcre d'un coryza, etc. (Bazin).

Le sycosis paraît plus fréquent chez les sujets dartreux que chez les autres; la scrofule ne semble nullement favoriser son apparition; seulement, comme l'a noté T. Fox, il est plus tenace chez les strumeux. D'après Er. Wilson, une des causes prédisposantes les plus communes serait le froid, qui agirait tout à la fois comme cause prédisposante et excitante.

L'*impétigo rodens*, dont M. Devergie a décrit trois formes, et qui doit plutôt être rapporté à la scrofule (*scrofulide maligne impétigineuse* de M. Bazin, *scrofulide pustuleuse* de M. Hardy), s'observe presque toujours à la face et surtout au voisinage des orifices naturels. Il est rare de voir l'affection à son début; les malades viennent en général vous consulter portant, en un point des ouvertures nasales, à l'angle de l'œil ou sur une région de la face, une petite croûte blanche, jaunâtre ou brunâtre, épaisse, adhérente, fortement enchâssée dans la peau. Au-dessous de cette croûte, on trouve une petite ulcération plus ou moins profonde, à bords irréguliers et dont le fond est rouge pâle, souvent fongueux. D'autres fois la maladie débute « par un petit point croûteux, d'un gris jaunâtre; la croûte tombe et la partie malade semble se guérir; en effet, il se forme une cicatrice centrale; mais autour de ce point apparaît une petite croûte circulaire, circinée, qui tombe à son tour pour augmenter les dimensions de la cicatrice première, autour de laquelle se forme de nouveau une petite croûte à cercle plus ou moins complet. » *Impétigo rodens à forme ramassée, mais excentrique*, de M. Devergie.

Il est du reste souvent très-difficile de reconnaître quel a été l'élément primitif de ces ulcérations et de savoir si l'on est en présence d'un véritable impétigo rodens à pustules initiales, ou bien si l'on a affaire à une scrofulide dont le point de départ a été une lésion d'une autre nature. Toutefois l'impétigo rodens est une manifestation cutanée de la scrofule: sa marche est en général très-lente et, une fois guéri, il laisse une cicatrice indélébile, déprimée et réticulée.

Sous le terme d'*impétigo contagiosa*, Tilbury Fox[1] a le premier décrit, en 1862, une forme de cette maladie qui serait souvent épidémique et essentiellement contagieuse. Le docteur Taylor, de New-York, en a observé plusieurs cas, et l'école de Vienne admet l'existence de cette affection.

Plus fréquente chez les enfants de la classe pauvre, cette éruption se rencontre aussi chez ceux qui appartiennent à une situation plus élevée et jouissent d'une excellente hygiène. Son apparition est souvent précédée de fièvre.

L'éruption se manifeste d'abord à la face et au cuir chevelu; parfois les mains sont envahies dès le début. On l'observe aussi autour des cicatrices vaccinales et dans le voisinage des plaies ou des contusions. L'affection, alors, s'étend à d'autres régions : à la nuque, aux fesses, aux pieds, etc. Elle est caractérisée par des vésicules d'abord isolées, se transformant ensuite, au bout de cinq ou six jours, en bulles pouvant atteindre la dimension d'une pièce de 50 centimes, puis elles s'aplatissent, s'ombiliquent, leur contenu devient trouble, purulent, et se concrète en une croûte brune, déprimée au centre, croûte appliquée sur une légère ulcération recouverte de lymphe plastique; lorsque la croûte s'est détachée spontanément, la surface sous-jacente présente une teinte érythémateuse qui s'efface ensuite graduellement. La maladie peut s'étendre par inoculation directe par l'effet du grattage. Dans certains

[1] *Skin diseases*, troisième édition, p. 224.

cas. l'éruption offre une très-grande ressemblance avec les pustules vaccinales. On voit aussi survenir parfois, sur les muqueuses de l'œil et du nez, de petits ulcères qui paraissent succéder à des vésico-pustules analogues à celles que l'on observe sur le tégument. Cette affection peut se compliquer d'eczéma, de gale et d'autres maladies, et *vice versa*. T. Fox, qui a eu l'occasion de constater, par de nombreuses inoculations, sa propriété contagieuse, ne considère pas cette maladie comme parasitaire, tandis que les docteurs Piffard (de New-York) et Moritz Kaposi lui attribuent complétement ce caractère.

La contagiosité de l'impétigo est encore admise par d'autres auteurs. M. Devergie[1] « déclare que l'impétigo est contagieux de bouche à bouche, et notamment d'enfant à enfant ou d'adulte à adulte »; il a noté cette transmission seize fois. M. le docteur Douaud[2] l'a constatée également plusieurs fois. Il en rapporte deux observations dans son mémoire.

MM. Bazin et Hardy, cependant, n'admettent pas la contagiosité de cette maladie. Ce dernier est « tenté de rapporter les faits cités par Fox à des varicelles ou à des éruptions vaccinales qui quelquefois accompagnent ou suivent la vaccine[3] ».

Manquant de faits qui me soient propres, je ne puis, pour résoudre cette question, que faire appel à de nouvelles recherches. Toutefois ne semble-t-il pas que, si l'impétigo était réellement transmissible, on devrait observer cette contagion dans des proportions beaucoup plus considérables. L'impétigo est une des dermatoses les plus communes; chaque jour, à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, il s'en présente de nombreux spécimens, et mon excellent confrère, M. Lailler, m'a dit n'avoir vu qu'une seule fois cette contagiosité. Pour ma

[1] *Traité pratique des maladies de la peau*, troisième édition, p. 227.
[2] *Expériences sur l'inoculabilité de quelques lésions de la peau*, p. 11.
[3] *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. XVIII, p. 434.

part je vois chaque année, à Uriage, plusieurs cas d'impétigo de la face chez de jeunes enfants qui vivent, mangent et jouent avec une foule d'enfants sains, et jamais je n'ai rien constaté de semblable. M. Devergie, sur une pratique dermatologique des mieux remplies, soit à l'hôpital, soit à la ville, en a rencontré seulement 16 cas. Or, nous le répétons, comment en déduire la contagiosité de l'impétigo. S'il en était ainsi, ce serait par centaines que se dénombreraient les faits de ce genre et il ne serait pas de praticien qui n'en eût observé.

Serait-il irrationnel d'admettre que, dans les impétigos contagieux de MM. Devergie et Douaud, le liquide purulent a agi comme un irritant de la peau et a éveillé, chez les sujets *contagionnés*, la diathèse dartreuse ? Notons en passant que, presque toujours, les faits cités se rapportent à des enfants ou à des nourrices, sujets chez lesquels l'impétigo ou l'eczéma impétigineux se développe souvent sous l'influence d'une irritation locale quelconque. Chez les individus lymphatiques ou scrofuleux, les manifestations eczémato-impétigineuses se produisent souvent avec la plus grande facilité.

Quant aux faits de M. T. Fox, nous sommes très-disposés à nous ranger à l'avis de notre savant confrère M. Hardy. La marche de la maladie, le cycle en quelque sorte défini que parcourt l'éruption, cette lymphe qui recouvre les ulcérations, son caractère épidémique, le fait qu'elle attaque presque toujours des enfants, etc., laisseraient supposer qu'il s'agit peut-être d'éruptions vaccinales.

Simple forme de l'eczéma, l'impétigo, le plus souvent, n'est, comme ce dernier, qu'une manifestation de la diathèse dartreuse. Il s'observe de préférence chez les enfants ou chez les jeunes gens d'un tempérament lymphatique, scrofuleux. On le voit aussi fréquemment survenir à l'époque de la dentition. Il envahit alors habituellement le cuir chevelu, la face, le nez, etc. Donnant lieu à une sécrétion abondante, à des croûtes épaisses, il est en général indolent, non prurigineux ;

souvent il existe de l'engorgement des ganglions voisins, etc. (*I. figurata*). Se fondant sur ces caractères et sur la présence d'autres complications de nature scrofuleuse, M. Bazin a rapporté cette forme d'impétigo à la scrofule et l'a décrite sous le nom de *scrofulide bénigne exsudative*.

De ce que cette variété d'impétigo se rencontre le plus habituellement chez des individus lymphatiques ou scrofuleux, — ce que nous admettons parfaitement avec notre éminent confrère, — est-ce une raison suffisante pour admettre l'origine scrofuleuse de la lésion ? N'est-ce pas plutôt le tempérament du malade qui vient imprimer à l'éruption sa physionomie propre? N'en est-il pas de même pour la plupart des maladies? Est-ce que les écoulements blennorrhagiques ne se perpétuent pas souvent indéfiniment chez les lymphatiques sous l'influence d'un état général mauvais? Les a-t-on jamais, cependant, désignées sous le nom de blennorrhées scrofuleuses? Les ulcérations secondaires ou tertiaires de la syphilis n'empruntent-elles pas au tempérament du contagionné des attributs particuliers qui n'en sauraient cependant changer la nature fondamentale, pas plus que la dénomination rationnelle ? Ce n'est donc là qu'une question de terrain, comme le dit M. Hardy, question de terrain qui joue un rôle important dans bien des circonstances et dont le médecin doit toujours tenir le plus grand compte pour la médication à instituer.

De mauvaises conditions hygiéniques, des émotions morales vives, la frayeur (M. Cazenave en a cité un très-remarquable exemple dans les *Annales des maladies de la peau*, t. I, p. 367), les suppressions menstruelles, la ménopause, etc., favorisent le développement de jetées impétigineuses. Comme pour l'eczéma, des causes occasionnelles locales pourront aussi provoquer souvent une poussée d'impétigo chez des sujets prédisposés : contact avec des matières âcres, irritantes, etc. (*impétigo professionnel*). On sait enfin combien les éruptions pustuleuses se multiplient sous l'action irritante de l'acarus

scabiei (*impétigo scabiei*), des pediculi dans la phthiriase (*phthiriase capillaire*, Hardy), etc.

Traitement. — Comme pour l'eczéma, le traitement doit être divisé en trois ordres, correspondant chacun à une des phases de la maladie. Celui de la première période ne présente aucune différence d'avec la thérapeutique déjà indiquée pour l'état initial de l'eczéma. Purgatifs salins, boissons rafraîchissantes, diurétiques, etc., bains émollients, cataplasmes d'amidon, de fécule, poudres inertes, etc., répondront à toutes les indications que comporte cette phase de la maladie et suffiront toujours pour faire tomber les symptômes inflammatoires.

Chez l'enfant, où l'impétigo du cuir chevelu et de la face est le plus fréquent, la première, la plus importante considération est d'avoir toujours pour objectif le *malade* et non la maladie. Presque chaque cas, en effet, motivera une modification au traitement habituel de l'éruption.

Avant tout il faut chercher à débarrasser la tête du petit malade des croûtes dont la présence serait un obstacle invincible à toute médication efficace. Des cataplasmes, des fomentations émollientes tièdes, pourront, comme nous venons de le rappeler, atteindre ce but. Toutefois quelques auteurs préfèrent, au lieu de lotions aqueuses, ramollir les croûtes à l'aide de corps gras tels que : huile d'amandes douces, huile de foie de morue, huile de lin, d'olive, etc., axonge, cold-cream, onguent populeum, etc. Hebra fait pratiquer deux fois par jour, avec environ 30 gram. d'huile, une onction sur le cuir chevelu, et ensuite on recouvre la tête d'un bonnet de flanelle. Si les croûtes sont très-épaisses et très-adhérentes, les cataplasmes et les lotions auront une action plus rapide.

La période de décroissance ayant commencé, si l'impétigo a son siége au cuir chevelu, l'enveloppement imperméable à l'aide d'un bonnet en toile vulcanisée sera le moyen le meil-

leur et le plus rapide pour amener la chute des croûtes. On pourra du reste ne l'employer que la nuit, et au bout de très-peu de temps la tête sera ainsi débarrassée de tous les produits de sécrétion qui dans certains cas lui font comme une espèce de carapace.

On peut aussi, pour faire tomber les croûtes, dans le cas surtout où elles sont très-adhérentes, employer les douches de vapeur à une température peu élevée; mais ceci seulement à condition que l'acuité soit complétement éteinte.

Dans l'impétigo érysipélateux, si l'inflammation tégumentaire est très-vive, une saignée ou une application de sangsues pourront être utiles chez les individus vigoureux ou pléthoriques; mais les purgatifs et les émollients suffiront dans la plupart des cas à triompher des phénomènes inflammatoires.

Dans l'impétigo du cuir chevelu il sera, en général, bon de faire couper les cheveux aussi courts que possible, afin de pouvoir appliquer ensuite directement les topiques résolutifs sur les parties malades.

Pour lotionner les surfaces malades, immédiatement après la chute des croûtes, on emploiera avec succès l'infusion de fleurs de mélilot, de tilleul, de roses rouges, etc., additionnée au besoin de 2 à 3 gram. de tannin pour 500 gram. d'infusion, ainsi que les lotions alcalines ou astringentes avec le borax (1 à 2 gram. pour 300 gram. d'eau), avec le sulfate de zinc (de 3 à 5 gram. pour 500 gram. d'eau), le sublimé, l'alun, etc.

Ces lotions peuvent se remplacer par des pommades à l'oxyde de zinc, au calomel, au goudron, au tannin, au proto-nitrate de mercure, 1 gram. pour 30 gram. d'axonge (Rayer), etc.

L'huile de cade est, dans certains cas, le meilleur topique dont on puisse se servir. En l'employant pure ou mélangée à l'huile d'amandes douces, on voit en très-peu de jours les surfaces impétigineuses se déterger, la sécrétion diminuer d'une manière notable, et les croûtes, en tombant, laissent à

nu une surface érythémateuse qui devient le siége d'une exfoliation pityriasique légère. Dans le cas d'inflammation trop vive, on pourra faire précéder les applications cadiques de quelques topiques émollients.

Dans les cas légers, M. Hardy recommande aussi de toucher les croûtes avec de la teinture d'iode pure et de renouveler cette application tous les deux jours jusqu'à la chute des concrétions croûteuses.

Hebra conseille de laver les surfaces impétigineuses avec une solution aqueuse de potasse (0,05 centigram. sur 30 grammes d'eau distillée).

A cette période on continuera l'usage des tisanes amères, des purgatifs salins renouvelés une ou deux fois par semaine environ. Mais on commencera dès lors une médication appropriée à l'état général des malades. Ainsi, chez les enfants lymphatiques, scrofuleux, seront particulièrement indiqués les reconstituants (huile de foie de morue, sirop ou pastilles d'iodure de fer, sirop de raifort iodé, le sirop antiscorbutique additionné ou non de teinture d'iode, les amers, le phosphate ou le chlorhydrate de chaux, les arsénicaux), sous l'influence desquels on voit se modifier rapidement de vastes surfaces impétigineuses.

M. Hardy conseille surtout, dans le traitement de l'impétigo, l'arséniate de fer à la dose de 2 à 3 centig. par jour pour les enfants, de 5 et même de 8 centig. pour les adultes.

Dans l'impétigo des membres inférieurs, en particulier lorsqu'il existe des croûtes épaisses accompagnées de démangeaisons vives, de gonflement des tissus sous-jacents (*I. scabida*), l'enveloppement par la toile caoutchouquée déterminera un soulagement très-marqué.

L'impétigo est assez fréquent chez les nourrices; l'allaitement est alors une condition défavorable, le traitement ne pouvant être aussi régulier, ni par conséquent aussi efficace qu'à l'état normal. En effet, chez les nourrices lymphatiques

les sécrétions impétigineuses sont souvent très-abondantes et réclameraient l'emploi méthodique et fréquent des purgatifs, que l'on doit remplacer dans ces cas par des prises de soufre et de magnésie (1 gram. de chaque) à prendre chaque matin, prises qui sont parfaitement supportées et ne troublent en rien la sécrétion lactée.

Quant au sycosis, abandonné à lui-même il guérit spontanément, car la sécrétion purulente, à un moment donné, entraîne la chute du poil, lequel, agissant comme corps étranger, entretient l'inflammation du bulbe pilifère. Mais cette guérison spontanée, si elle est incontestable, se fera souvent attendre longtemps, des années entières ; aussi l'art doit-il intervenir. Hebra et la plupart des dermatologistes considèrent l'épilation comme le meilleur mode de traitement que l'on puisse opposer à cette affection, tout en reconnaissant que la maladie est parfaitement curable spontanément, surtout si elle est de date récente. Nous croyons même que, en général, il est inutile d'y avoir recours au début de l'affection. A ce moment, à la période d'inflammation aiguë, il nous a toujours paru préférable d'user des émollients divers dont il a déjà été question. Parfois même, si l'inflammation n'est pas très-vive, si la mentagre est récente, ces applications suffiront pour guérir ; dans tous les cas elles sont indispensables pour faire tomber les croûtes qui recouvrent les parties malades. Mais une fois les phénomènes inflammatoires notablement atténués, les croûtes disparues, on doit en venir aux lotions astringentes ou à des pommades résolutives, telles que : celles à l'oxyde de zinc, au précipité blanc, au turbith minéral (0,25 centigr. à 50 centigr. pour 30 gram. d'axonge).

Mais dans bon nombre de cas, soit à cause de l'ancienneté de la maladie, soit parce qu'elle aura résisté aux moyens ci-dessus, il faudra recourir à l'épilation qui est, comme nous l'avons dit, une excellente méthode, bien qu'elle ne mette pas non plus à l'abri des récidives.

M. Bazin, qui a l'un des premiers préconisé l'épilation contre le sycosis et aux travaux duquel on doit la vulgarisation de cette méthode, emploie simultanément contre le sycosis arthritique l'épilation et l'application d'huile de cade, combinées avec l'administration des alcalins à l'intérieur.

Dans bon nombre de cas j'ai eu l'occasion de constater les heureux résultats de cette médication mixte, et cela quelque fût l'état général ou diathésique du malade. En effet, l'épilation enlève le poil qui est une cause incessante d'irritation pour le follicule enflammé, et les badigeonnages cadiques modifient très-heureusement les surfaces malades. Une solution légère de sublimé ou une pommade mercurielle pourraient offrir les mêmes avantages.

Dans le *sycosis simple; arthritique; de cause externe; impétigo sycosiforme récidivant de la lèvre supérieure*, M. le docteur Ernest Besnier s'est bien trouvé du traitement suivant. Après avoir soumis pendant quelques jours le malade (qui arrive presque toujours portant une affection aggravée par des applications topiques irritantes) à l'usage des douches de vapeur et des cataplasmes de fécule appliqués en permanence et très-fréquemment renouvelés, on fait, aussitôt les croûtes tombées et l'irritation de cause externe apaisée, une ou deux applications d'huile de cade mitigée d'huile d'amande douce, et on procède à l'épilation; l'irritation qui suit l'avulsion des poils cède en deux ou trois jours aux cataplasmes de fécule, et la guérison est dans le plus grand nombre des cas obtenu avec rapidité. Quand le traitement a été méthodique, et dirigé avec soin dans tous ses détails, il est rare qu'on soit obligé de recourir une seconde fois à l'épilation. Bien que cette affection ne soit pas parasitaire, que le poil n'ait pas subi d'altération sérieuse, l'épilation, pratiquée sans hésitation et avec rapidité partout où existe la lésion, est le moyen de guérison radical et rapide.

Quant aux récidives aux changements de saison, ou sous

le retour des mêmes causes, elles ne sont évidemment pas empêchées par ce traitement. Pour agir dans cette direction particulière, c'est à l'étude des causes qui paraissent amener l'affection et aux conditions de la santé du malade qu'il faut s'adresser.

Quelques malades hésitent à se faire épiler, bien qu'en général cette petite opération soit peu douloureuse surtout dans les mentagres anciennes, où les poils sont peu adhérents; il suffit souvent alors d'une légère traction pour les enlever. On commencera alors par arracher seulement les poils qui traversent les pustules. Du reste, si la surface malade est assez étendue on ne fera que des épilations partielles, et en renouvelant l'opération chaque jour, on arrivera rapidement au résultat total.

Sous l'influence de ce traitement et de l'issue du liquide purulent, on voit cet aspect mamelonné si disgracieux qui accompagne presque toujours les sycosis de date ancienne disparaître assez promptement. Les nodosités, l'infiltration s'affaissent et les parties reprennent leur aspect normal. Mais parfois, au moment où l'on croit la maladie guérie, de nouvelles pustules se produisent, car cette affection compte au nombre des plus rebelles. Il n'y a alors qu'à recommencer l'épilation et les applications substitutives d'huile de cade ou d'autres agents analogues.

Lorsqu'il ne reste que des nodosités à l'état subaigu et ne se résolvant pas, malgré les applications d'huile de cade ou d'un onguent résolutif, on peut les toucher légèrement, soit avec un crayon de nitrate d'argent taillé en pointe, soit avec un pinceau imbibé d'acide chromique, d'acide acétique concentré ou avec une solution aqueuse ou alcoolique de sublimé — une partie sur deux (Hebra).

Pour obtenir la guérison on est souvent obligé de revenir à plusieurs reprises au traitement. Chez quelques malades, l'épilation est parfois tellement douloureuse que l'on est forcé

d'avoir recours à l'emploi des anesthésiques locaux, des émollients. Au lieu des antiphlogistiques, M. Bazin n'emploie avant l'épilation que l'huile de cade qui, dit-il, éteint la sensibilité des parties et rend l'opération plus facile et moins douloureuse. Er. Wilson conseille de lotionner les parties malades avec de l'eau chaude et du savon cadique; on diminue ainsi notablement la douleur de l'épilation tout en la rendant plus facile. On peut aussi, une fois les croûtes tombées à l'aide de cataplasmes, faire des onctions avec un mélange de deux parties de goudron pour une de savon vert. Ces applications facilitent l'épilation (Veiel).

Une fois la guérison opérée, Hebra[1] insiste pour que le malade continue de se faire raser régulièrement. Après avoir réussi à guérir un sycosis au prix de beaucoup de soins, de patience et de peine, dit-il, j'ai vu quelquefois la maladie reparaître dès qu'on laisse repousser la barbe.

L'impétigo rodens étant une scrofulide réclame, à ce titre, avant tout, une médication antiscrofuleuse.

M. Devergie fait prendre chaque jour, dans une tasse de tisane amère, une cuillerée à bouche d'un sirop ainsi composé :

Limaille de fer	4 décigrammes.
Iode.	17 »
Eau...	4 grammes.

Triturez à froid dans un mortier, en ajoutant l'eau goutte à goutte. Dissolvez dans la plus petite quantité d'eau possible :

Iodure de potassium.	10 grammes.

Ajoutez à cette dernière dissolution :

Bichlorure de mercure. . . .	5 à 10 centigrammes.

[1] *Traité des maladies de la peau.* Traduction de Doyon, t. I, p. 758.

que vous aurez divisé et dissous par quelques gouttes d'alcool. Mêlez à l'iodure de fer, et incorporez le tout à :

Sirop de sucre . . . . . 500 grammes.

Ajoutez :

Solution de Fowler. . . . . 15 décigrammes.

Toutefois, si dans quelques cas le traitement général suffit pour amener la guérison, il en est d'autres dans lesquels il importe, pour hâter la cicatrisation des ulcérations, d'intervenir localement à l'aide de topiques ; mais il faut toujours en faire pendant un certain temps précéder l'application par le traitement général indiqué ci-dessus.

M. Bazin donne, dans ces cas, la préférence à la teinture caustique d'iode, préparée d'après la formule de Lugol (iode, 1 p. ; iodure de potassium, 1 p. ; eau distillée, 2 p.). Ce solutum est appliqué sur l'ulcère, dont on a fait au préalable tomber la croûte, et l'on répète cette application tous les quatre ou cinq jours, jusqu'à parfaite cicatrisation.

Si la teinture d'iode amenait une inflammation trop vive, ou des douleurs trop aiguës, on l'affaiblirait en y augmentant la proportion d'eau.

M. Hardy s'est dans quelques cas servi avec de réels avantages d'une pommade au biiodure de mercure préparée en général avec parties égales d'axonge et de sel mercuriel. Toutefois, avant de l'employer, il faut avoir la précaution de la faire chauffer. Quand elle est un peu liquéfiée on en étend avec un pinceau une petite couche sur les parties malades, après avoir préalablement fait tomber les croûtes. On n'essuie pas ; la douleur est assez vive et dure de cinq à douze heures, puis il s'établit une sécrétion séro-plastique qui forme une croûte jaunâtre ou brune. Lorsque la croûte se détache, l'ulcération a en général diminué d'étendue, son

fond a un meilleur aspect et présente une tendance à la cicatrisation.

M. Vidal emploie aussi avec succès contre les ulcérations de l'impétigo rodens, sous le nom d'*emplâtre rouge*, une préparation dont voici la formule :

Emplâtre diachylon.	26 grammes.
Minium.	2 gr. 50 centigr.
Cinabre.	1 » 50 »

Sous l'influence de cet emplâtre on voit les ulcères se réparer et la cicatrisation se faire rapidement.

On peut encore faire usage de caustiques plus énergiques, tels que la pâte de Vienne, la pâte de Canquoin, etc. ; pour notre part, nous préférons généralement la dernière ; car ce caustique coagulant a l'incontestable avantage de transformer une plaie atonique, sans tendance à la cicatrisation, en une plaie de bonne nature qui se guérit ensuite plus facilement (A. Bonnet). L'inconvénient de cautérisations trop superficielles est parfois d'irriter les plaies et de déterminer en somme une modification fâcheuse. Ces transformations *in situ*, sous l'influence de cautérisations incomplètes, de pansements irritants ne sont pas très-rares et il est souvent préférable d'attaquer le mal d'une manière énergique.

Comme l'impétigo contagiosa s'observe souvent chez des sujets placés dans de mauvaises conditions hygiéniques, on aura recours dans ces cas aux toniques. En raison de ses propriétés contagieuses qui font que, par les grattages, le malade peut s'auto-inoculer, on doit chercher à changer la nature des sécrétions. Après avoir fait tomber les croûtes à l'aide de cataplasmes ou de fomentations avec de l'eau chaude, le docteur T. Fox a toujours employé avec succès la pommade au précipité blanc (0,25 à 0,30 centigram. pour 30 gram. d'axonge).

Enfin à la troisième période on insistera sur les résolutifs

locaux et sur les moyens généraux dont nous venons de parler. C'est à ce moment que pourront intervenir avec grand avantage les eaux minérales dont nous renvoyons l'étude à un chapitre spécial.

M. Hardy insiste beaucoup sur la nécessité d'un régime convenable. Du reste, cette nécessité est vraie pour toutes les dermatoses. Nous croyons, en effet, qu'avec un régime diététique et une hygiène rationnelle on arriverait dans la plupart des cas à empêcher les récidives, ou du moins à les rendre beaucoup plus rares. Chez les impétigineux lymphatiques ou scrofuleux une alimentation réparatrice, reconstituante, sera toujours indiquée et pour une bonne part elle contribuera à la guérison. Il en sera de même du séjour à la campagne, dans un climat salubre. La vie au grand air, un exercice modéré sont des conditions qui modifient toujours favorablement l'état général, et dont l'utilité est incontestable.

Chez tous, on devra proscrire, comme chez les eczémateux, toute nourriture excitante, la viande de porc, les salaisons, les poissons de mer, les coquillages, les alcooliques. Il est évident aussi que les veilles prolongées, les travaux surmenants et les excès, en un mot, tout ce qui *échauffe* le sang, mérite de partager la même réprobation.

ECTHYMA

Des pustules *phlysaciées* isolées, arrondies, reposant sur un fond engorgé, entourées habituellement d'une auréole inflammatoire, rouge livide, contenant un liquide trouble purulent qui se concrète au bout de peu de jours en croûtes épaisses, dures, parfois saillantes, brunâtres, au-dessous desquelles on trouve une ulcération plus ou moins profonde, et laissant après elle une cicatrice, tels sont les caractères attribués à cette affection.

Au début, le malade éprouve une sensation de chaleur et de brûlure, bientôt suivie de l'apparition d'une petite tache rougeâtre à base dure et enflammée.

L'épiderme alors se soulève, car du pus s'est produit, et l'on voit survenir rapidement une pustule plus ou moins volumineuse, en général aplatie. Au bout de deux à trois jours, la pustule se rompt et donne issue à du pus qui, mélangé à la lymphe sécrétée par la base, se convertit en une croûte grisâtre ou brunâtre. Au-dessous d'elle existe une ulcération ; les croûtes qui succèdent aux pustules d'ecthyma se détachent ensuite spontanément au bout d'un ou deux septénaires et laissent après leur chute une cicatrice déprimée, violacée.

Le nombre des pustules est très-variable, le plus souvent il en existe plusieurs ; il est rare de n'en observer qu'une seule. Leur siége de prédilection est aux membres, aux mains, aux pieds, aux épaules, aux fesses.

Telle est la marche de l'ecthyma aigu. Lorsque le sujet est affaibli, débilité, cachectique, l'éruption affecte une marche chronique. Dans ces cas, la rougeur de la peau est plus foncée, livide; le pus est de mauvaise nature, sanieux, mêlé de sang ; ce sont de véritables ulcères qui succèdent aux pustules ; ils sont douloureux, à bords anfractueux, décollés, avec des croûtes noirâtres, volumineuses, proéminentes. Les ulcérations n'ont aucune tendance à la guérison et persistent souvent très-longtemps.

Cette disposition pyohémique de l'ecthyma est l'indice certain d'un état cachectique, d'une altération grave de l'organisme.

On divise l'ecthyma en aigu et chronique ; ce dernier se subdivisant en : E. infantile et E. cachectique.

Ecthyma aigu. — C'est celui décrit plus haut. Il dure huit ou dix jours, mais souvent il survient de nouvelles pustules et la maladie alors peut se prolonger pendant plusieurs semaines et même quelques mois.

L'ecthyma peut s'accompagner de phénomènes généraux, de malaise, d'inappétence, de fièvre. En même temps l'inflammation gagne les parties environnantes ; les glandes et les vaisseaux lymphatiques y participent : il se forme des furoncles, de petits abcès.

A propos de l'ecthyma aigu nous rappellerons que, d'après les expériences de M. Vidal, les pustules de l'ecthyma de la fièvre typhoïde et celles de l'ecthyma simple sont auto-inoculables. Voici les conclusions de ses recherches : les pustules d'inoculation ont une évolution identique à celle des pustules spontanées. Le liquide pris sur ces pustules de seconde génération est aussi auto-inoculable ; son activité va en diminuant dans les inoculations successives ; son pouvoir reproducteur cesse à la troisième ou quatrième génération.

Comme variété de l'ecthyma aigu, M. Hardy signale l'*E. gangréneux*, qu'il a observé chez un homme à constitution profondément altérée par l'âge et la misère. L'éruption se présenta sous l'aspect de pustules phlysaciées, entourées d'une auréole rouge brun d'abord, grisâtre plus tard. Une eschare circulaire, à laquelle succéda une ulcération de mauvaise nature, se produisit dès le deuxième jour et la mort survint 5 ou 6 jours après. M. Hardy s'est demandé si ce n'était pas là un exemple de ce qu'on a décrit sous le nom de *rupia escharotica*. Suivant cet auteur, l'ecthyma gangréneux coïnciderait quelquefois avec l'existence antérieure ou simultanée de furoncles ou avec le diabète.

Ecthyma infantile. — Les pustules ont une marche chronique, elles sont entourées d'une auréole rouge foncé ou livide et donnent lieu à des ulcérations sanieuses, sécrétant un pus ichoreux, fétide. L'ecthyma infantile s'observe surtout chez les enfants à la mamelle, mal soignés, et ayant une nourriture insuffisante.

L'éruption se fait sur tous les points de l'enveloppe tégumentaire, mais principalement aux extrémités et sur le tronc.

Ecthyma cachectique. — Les pustules ecthymateuses diffèrent de la forme aiguë en ce que le pus est souvent de mauvaise nature, sanieux, et constitue en se desséchant des croûtes volumineuses, proéminentes au-dessous desquelles se trouvent des ulcérations profondes, déchiquetées, n'ayant aucune tendance à la cicatrisation et persistant souvent pendant longtemps.

Les auteurs anglais décrivent encore un *ecthyma luridum* qui ne serait, en quelque sorte, que le premier degré de l'ecthyma cachectique.

Les causes prédisposantes de l'ecthyma sont toujours un certain appauvrissement du sang, une dépression générale de l'organisme résultant surtout de la misère, d'une alimentation insuffisante, des excès en tous genres, tels que la débauche, les veilles prolongées, un travail excessif, le séjour dans un local froid ou humide ; chez les enfants, la prostration morale, un allaitement insuffisant, certaines dyscrasies débilitantes.

Les causes occasionnelles sont celles que nous avons déjà signalées, c'est-à-dire tous les agents qui irritent la peau : la gale, les pediculi, l'usage des pommades excitantes, le grattage, etc....

Toutefois les pustules ecthymateuses sont souvent provoquées par la présence de l'acare scabiéique, des pediculi et d'autres épizoa. On les rencontre encore, mais moins fréquemment, dans le prurigo, l'eczéma, etc.... Pour M. Hardy, la présence du parasite de la gale joue un tel rôle dans la production de l'ecthyma que, toutes les fois qu'on rencontre celui-ci en l'absence de cause directe évidente, il faut rechercher les sillons caractéristiques ; « ecthyma des mains signifie gale, » a dit avec beaucoup de justesse cet éminent dermatologiste.

La gravité de l'ecthyma est tout entière liée à celle de l'état général. Aussi, quand il existe chez les vieillards ou chez des individus profondément débilités, est-il toujours l'indice d'une

détérioration de la constitution, et à ce titre, il constitue un indice précieux en même temps que son pronostic est alors des plus graves.

Il demande, en ce cas, l'intervention de toutes les ressources de la thérapeutique. En lui-même, d'ailleurs, l'ecthyma n'est pas dangereux, il n'exige, comme lésion locale, que des soins de propreté et un pansement soit émollient, soit résolutif, plus tard détersif.

Traitement. — Dans l'ecthyma aigu, on se bornera, comme traitement local, à l'application de cataplasmes de fécule de pomme de terre ou d'amidon, à des lotions émollientes, compresses imbibées d'eau de guimauve et pavot, décoction d'amandes amères ou de gruau, etc., pour détacher les croûtes. On pansera ensuite les ulcérations avec la pommade à l'opium et au tannin :

Axonge.	30 grammes.
Extrait d'opium..	0,50 centig. à 1 gram.
Tannin..	1 gr. 25 centig.

(T. Fox.)

M. Hardy s'est bien trouvé de tenir les parties où siége l'ecthyma incessamment entourées de toile vulcanisée, de manière à intercepter complétement le contact de l'air sur la région malade ; sous l'influence de ce moyen on voit les pustules se rompre et se cicatriser en peu de jours. Tous les emplâtres simples ont un effet analogue, notamment les emplâtres de fucus, de savon etc....

Si l'ecthyma est compliqué de gangrène, on pourra bien encore détacher les croûtes à l'aide d'applications émollientes ; mais on doit surtout alors avoir recours aux pansements toniques, tels que l'alcool camphré dilué, le vin aromatique, l'infusion de roses rouges, la décoction de quinquina, ou une solution faible d'acide phénique, etc.

Quand les pustules d'ecthyma sont dues à la gale, à la phthiriase ou à l'action de matières irritantes sur la peau, le

premier soin à prendre est de faire cesser les causes qui leur ont ainsi donné naissance; car dans ce cas l'ecthyma n'est que secondaire, et, une fois la cause disparue, il cédera promptement.

Dans l'ecthyma chronique, cachectique, s'est surtout à la médication générale qu'il importe de s'adresser. Les moyens hygiéniques doivent donc être alors placés en première ligne. Chez les jeunes enfants il faut, avant tout, une bonne nourrice, un régime convenable, approprié, une atmosphère saine, etc.... L'huile de foie de morue, les préparations de fer, de quinquina, de phosphate de chaux, les amers de toute espèce seront des auxiliaires puissants. Dans la forme cachectique il faut autant que possible faire disparaître les causes qui l'ont engendrée ou l'entretiennent; c'est donc toujours et avant tout sur les bonnes conditions hygiéniques qu'on devra porter son attention. Il est d'ailleurs facile de déduire des considérations étiologiques exposées ci-dessus les meilleures règles thérapeutiques à suivre dans les divers cas.

Localement, une fois les croûtes tombées, on lavera soigneusement les surfaces ulcérées avec des solutions astringentes ou antiseptiques, telles que l'alcool camphré étendu d'eau, l'acide phénique dilué, etc.... On pansera ensuite avec des plumasseaux de charpie enduits d'une pommade sulfureuse, de styrax ou d'onguent digestif. S'il existait de l'inflammation, on aurait recours à des lotions opiacées.

Mais, en général, dans l'ecthyma, les topiques émollients donnent de mauvais résultats; on devra donc employer toujours de préférence les pansements avec la poudre de charbon, de quinquina. Les pommades avec les résines ont une action stimulante très-favorable à la marche des ulcères ecthymateux, chez les individus cachectiques. On peut aussi dans quelques cas toucher les surfaces malades avec un pinceau imbibé d'une faible solution de nitrate d'argent.

FURONCLE

Une petite tumeur rouge, circonscrite, douloureuse, proéminente, entourée d'une auréole inflammatoire, se terminant par l'ulcération de son sommet, l'issue d'une petite quantité de pus et l'élimination d'une masse blanc jaunâtre, habituellement désignée sous le nom de *bourbillon*, tels sont les principaux caractères des *furoncles*.

Unique ou multiple, il apparaît souvent, dans ce dernier cas, d'une manière successive, et constitue alors une véritable éruption furonculeuse.

Les furoncles se développent sur toutes les régions du corps, mais de préférence à la nuque, aux fesses, aux membres supérieurs, à la figure, etc. Ils ont souvent leur siége dans les glandes sébacées ou dans les follicules pileux ; aussi n'est-il pas rare de voir leur sommet perforé par un poil. On en rencontre encore sur le bord libre des paupières ; il a alors son siége dans les glandes de Meibomius, — *hordeolum*, *orgeolet*, *compère Loriot*.

Les causes sont de deux ordres, locales ou générales. Parmi les premières figurent toutes celles qui déterminent une irritation de la peau : frictions avec des substances excitantes ; vésicatoires entretenus pendant longtemps, au pourtour desquels ils se développent souvent ; frottement de certaines parties du vêtement ou du col de chemise ; les frottements, les compressions de la selle chez les cavaliers, surtout pour les apprentis dans cet exercice ; l'influence prolongée d'une température élevée, dans certaines professions, etc.

Le furoncle est aussi une complication de la gale et des teignes. On le rencontre surtout dans la troisième période de la teigne tonsurante, — *période sycositique* (Bazin).

Enfin, l'apparition de furoncles a été, depuis longtemps, constatée pendant l'administration des préparations arsenicales.

Mais les plus importantes sont les causes générales : les fatigues physiques, une alimentation insuffisante, les excès, un régime alimentaire excitant, trop animalisé, surtout s'accompagnant d'un défaut d'exercice, l'abus des salaisons, les troubles des fonctions digestives, mais notamment le diabète.

Dans le tiers des cas environ, on trouve le diabète comme origine des éruptions de furoncle, lesquelles, d'autres fois, seraient le prélude de la maladie diabétique (Denucé). — Le rapport entre ces deux affections est aujourd'hui parfaitement démontré.

On voit encore des furoncles apparaître fréquemment dans le cours de maladies graves, notamment vers la fin de la variole confluente. « Souvent, dit Trousseau, à partir de la quatrième semaine de la maladie, survient, après la chute des croûtes, une véritable *diathèse furonculaire*, en vertu de laquelle les malades ont sur la surface du corps jusqu'à vingt, trente, cent furoncles, qui déterminent d'atroces douleurs, et se renouvellent de manière à durer deux, trois, quatre, cinq et six mois. »

Mais une cause non moins certaine, et peut-être plus ordinaire, de cette éruption, c'est la diathèse herpétique. M. Delioux de Savignac[1] a mis ce point parfaitement en lumière. Ils coïncident très-souvent, en effet, avec des affections dartreuses ; les individus qui offrent ces successions indéfinies de furoncles — véritable diathèse furonculaire — portent le plus souvent des traces d'eczéma, de pityriasis ou d'autres manifestations herpétiques, plus ou moins prononcées. « Chez ceux-là aussi, dit M. Delioux de Savignac, les furoncles se reproduisent avec plus de ténacité, sont plus petits, plus nom-

[1] *Bulletin général de thérapeutique*, 1873, t. LXXXIV, p. 529.

breux, parfois même plus confluents : ils évoluent plus lentement et tendent souvent à s'indurer ; forme éruptive et chronique à la fois, propre au furoncle herpétique, et qui le distingue du furoncle inflammatoire, aigu, volumineux, plus douloureux et ordinairement solitaire. »

Traitement. — On a conseillé, au début, pour faire avorter le furoncle, des applications de diachylon gommé, de teinture d'iode, d'onguent mercuriel, de compresses imbibées de chlorure de calcium 30 grammes, eau 500 grammes, des frictions avec l'alcool camphré, répétées trois fois par jour, ou encore des compresses imbibées d'eau froide, des vessies remplies de glace, des mélanges réfrigérants, composés de deux parties de glace et d'une de sel. Hebra recommande de placer le mélange ci-dessus dans un sac de mousseline, maintenu ouvert à l'aide d'un anneau, de manière que l'eau puisse toujours s'écouler immédiatement, le froid étant ainsi constamment au même degré. On applique ce sac sur la surface malade, pendant environ dix minutes ou du moins jusqu'à ce que la peau devienne blanche, dure et presque insensible. Une autre méthode consiste à toucher, toutes les secondes, la partie enflammée avec le sac contenant le mélange réfrigérant, jusqu'à ce que l'effet soit produit. Une fois ce résultat obtenu, on se borne à recouvrir le furoncle de compresses imbibées d'eau glacée.

La cautérisation directe (par le crayon de nitrate d'argent fondu) a été employée avec succès, dans quelques cas, comme moyen abortif du furoncle.

Cette méthode de réfrigération offre d'incontestables avantages pour le traitement des furoncles isolés ou qui dépendent d'une cause irritante locale, externe.

Mais, quant à ceux produits par une dyscrasie, nous sommes bien placé, à Lyon, pour être plus réservé à leur égard : car, ainsi que nous le disions dans une note de notre traduction des maladies de la peau d'Hebra, nous nous souvenons

encore de l'un des nôtres, d'un confrère éminent entre tous, le professeur A. Bonnet (de Lyon), dont la mort prématurée fut certainement hâtée, au jugement de ceux qui le connaissaient le mieux, par des bains froids qu'il prit dans le cours d'une éruption furonculeuse.

Les cataplasmes et les fomentations chaudes, conseillés durant la première période, ont parfois l'inconvénient, surtout les premiers, de provoquer autour du furoncle des éruptions artificielles secondaires, notamment de pustules d'ecthyma, qui peuvent devenir le point de départ de nouveaux furoncles.

Une fois le furoncle arrivé à la période d'élimination, on peut favoriser l'issue du bourbillon par l'application d'onguent maturatif. Sous ce rapport, on n'aura que l'embarras du choix, car, à tous ceux qui figurent dans les formulaires anciens et modernes, il faut en joindre une foule d'autres, dont la formule mystérieuse, plus ou moins compliquée, d'ailleurs, se transmet, comme un héritage précieux, dans beaucoup de familles. Ces *onguents*, dont la litharge forme presque toujours la base, vous les retrouverez invariablement collés sur les furoncles de tous les villageois : c'est, du reste, la panacée de toutes les tumeurs et de toutes les plaies.

Aux émollients, toujours utiles, on peut adjoindre les pansements toniques, tels que lotions vineuses, d'eau de vie camphrée, décoction de quinquina, etc. Continuez ainsi les toniques pendant la période de réparation ou remplacez-les par des pansements au styrax, au baume du Pérou, au baume du commandeur, etc.

Lorsque le furoncle coexiste avec un état saburral, il faut, en même temps qu'on institue le traitement local, administrer un purgatif et de préférence un purgatif salin.

Lorsque, au contraire, il existe des éruptions successives, espèce de *furonculose*, il faut surtout rechercher s'il n'existe

pas quelque état morbide, préexistant ou concomitant, auquel cette persistance du mal puisse être rapportée.

Ainsi, chez les dyspeptiques, on administrera les alcalins, les eaux alcalines naturelles de Vichy, de Vals, de Pougues, etc., les eaux gazeuses, les amers, les toniques, vin de colombo, de gentiane, de quinquina, la noix vomique, etc... Le grand air, un exercice régulier, le séjour à la campagne, le changement d'occupations, seront aussi de précieux auxiliaires de la guérison.

Chez les diabétiques, c'est aux agents conseillés contre l'affection principale qu'il sera surtout nécessaire de s'adresser, notamment aux alcalins et au régime approprié, qui joue aujourd'hui un grand rôle dans le traitement de la glucosurie.

Enfin dans la furonculose des sujets dartreux c'est à la médication antiherpétique qu'il faudra avoir recours, et en particulier à l'arsenic. Dans ces cas aussi on a employé les purgatifs, mais ils sont loin d'avoir la même action que dans certaines périodes de l'eczéma et de l'impétigo. Le plus ordinairement même les purgatifs ne paraissent pas avoir d'efficacité, et comme l'a dit M. Delioux de Savignac, c'est l'un des traitements qui échouent le plus souvent. N'usez donc jamais des purgatifs qu'avec modération et réservez leur usage pour les individus obèses, lymphatiques, disposés à l'embarras des premières voies ou à la constipation, ne donnant d'ailleurs jamais que des purgatifs salins.

Mais la base du traitement sera toujours l'arsenic, auquel M. Delioux de Savignac associe les purgatifs de la manière suivante :

Arséniate de soude.	0,10 centigr.
Eau distillée.	200 grammes.

Une cuillerée à café le matin à jeun, une autre le soir avant le dernier repas, dans un peu d'eau sucrée, d'eau vi-

neuse ou de tisane, à prendre à une certaine distance des repas. Cependant nous avons quelque fois vu l'arsenic pris ainsi à jeun donner lieu à des maux d'estomac qui cessaient quand on avait soin de l'ingérer avec les aliments, ou du moins immédiatement avant. Ses effets curatifs nous ont, du reste, toujours paru les mêmes dans les deux cas. — Après avoir pris cette solution (ce qui exige vingt jours), le malade ingère 20 à 30 grammes de sulfate de soude. Dix jours après, il reprend la solution arsenicale qu'il fait encore suivre d'une dose du même purgatif. L'auteur dit n'avoir jamais été obligé de réitérer plus de quatre fois successives sa solution arsenicale. — On donne en même temps une décoction très-chargée de bourrache et de chicorée sauvage, ou de pissenlit avec *herbes fraîches;* ou encore du jus d'herbes, qu'on pourra remplacer par l'infusion de 10 à 15 grammes de racine de salsepareille. Comme l'auteur du reste, nous croyons que des infusions de plantes amères, quelles qu'elles soient, rempliraient le même but. Les alcalins doivent être employés simultanément. Une cure de raisin offre aussi de réels avantages.

L'auteur prescrit la même médication contre les jetées furonculeuses que l'on observe souvent à la fin et dans la convalescence de la variole confluente. Dans ces cas, d'ailleurs, comme dans tous ceux où des furoncles surviennent à la suite de maladies graves, prolongées, la médication reconstituante est simultanément et spécialement indiquée.

Quant au traitement chirurgical du furoncle, il est inutile d'y avoir recours dans les cas ordinaires. S'il s'agit d'un furoncle volumineux ou devenant phlegmoneux, une incision cruciale, dépassant un peu la limite du mal, me paraît le meilleur mode opératoire, celui qui facilite le mieux l'élimination des produits morbides. Comme pour le traitement de l'anthrax, il est utile de faire, en général, suivre les incisions de cautérisations avec la pâte de Canquoin, afin d'éviter la

résorption purulente qui survient parfois à la suite de l'ouverture par incision de ces vastes foyers furonculeux dans lesquels des vaisseaux béants se trouvent alors en contact avec la sanie purulente.

ANTHRAX

Tumeur inflammatoire des glandes de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, tel est l'anthrax à son début; il présente, à cette période, la plus grande analogie avec le furoncle. Mais, au bout de quelque temps, la surface de la tumeur devient empâtée, la peau s'amincit et la suppuration se fait jour à la surface cutanée par plusieurs petits orifices à l'ouverture desquels on voit apparaître le bourbillon; souvent plusieurs de ces pertuis se réunissent et forment une plaie dont les bords sont décollés, rouges et indurés, — *anthrax furonculeux.* Dans le véritable anthrax les symptômes atteignent un degré plus prononcé et la tumeur, qui doit se terminer par la mortification de la peau, s'accompagne de phénomènes généraux tels que fièvre, courbature, anorexie, prostration des forces, etc.... La tumeur, dure, un peu aplatie, moins acuminée que le furoncle, chaude au toucher, d'un rouge violacé, est le siége de douleurs sourdes, d'élancements ; plus tard elle se ramollit, le sommet présente une fluctuation latente et au bout de quelques jours il se forme une ou plusieurs phlyctènes au-dessous desquelles on trouve ces escharcs gangréneuses plus ou moins étendues qui caractérisent l'anthrax. Souvent aussi la peau est perforée de petits pertuis d'où s'échappent du pus mêlé de sang et des lambeaux de tissu cellulaire mortifié. Les douleurs qui accompagnent l'anthrax sont parfois intolérables. Il n'existe en général qu'un seul anthrax à la fois. Les siéges de prédilection de l'anthrax sont la nuque, le dos — notamment chez les personnes âgées.

Le furoncle et l'anthrax sont des affections de même na-

ture au point de vue des lésions locales, avec une intensité il est vrai plus grande dans un cas que dans l'autre. Il est constant aussi que l'anthrax dans sa forme grave est en général l'indice d'une altération plus ou moins profonde de l'économie et que, une fois suppuré, il peut devenir le point de départ de phénomènes graves, septiques. La gravité de l'anthrax tient donc, soit à ce que l'inflammation a envahi une grande étendue de la peau et du tissu conjonctif, soit aux mauvaises conditions de santé dans lesquelles se trouve le malade. Ainsi une nutrition vicieuse, l'état de débilité, de déchéance de l'organisme à la suite de fièvres graves, le diabète, l'albuminurie, etc..., sont autant de causes qui favorisent l'apparition des anthrax, rendent leur évolution et leur signification pronostique plus sérieuses. Le diabète surtout coïncide le plus souvent avec l'anthrax. — Quelle relation existe entre ces deux maladies? Quelle est celle qui donne naissance à l'autre? Ou bien encore sont-elles toutes les deux sous l'influence du même état général?... Toujours est-il que, dans les deux cas, il y a une disposition très-remarquable à la gangrène.

Bien des causes pourraient être encore signalées : qu'il nous suffise de rappeler que dans le nombre des sujets atteints d'anthrax on compte surtout des individus débilités, affaiblis par la misère, les privations, des conditions hygiéniques défectueuses. Des fatigues prolongées ; les excès, l'abus des boissons alcooliques paraissent aussi jouer un rôle important. On observe en général plus d'anthrax pendant le printemps et l'été que pendant les autres saisons de l'année.

Traitement. — Dans le traitement de l'anthrax il importe, avant tout, de rechercher sous quelle influence cette affection a pu se développer. Ainsi, survenu chez un jeune homme vigoureux, pléthorique, l'anthrax exigera une médication toute différente de celui qui coexistera avec l'albuminurie, le diabète ou un état général grave. Nous n'entrerons dans aucun

détail à cet égard, ces données se rattachant aux principes de thérapeutique générale. Les périodes d'élimination et de réparation s'effectueront d'autant plus rapidement, que les sujets seront d'ailleurs bien portants et indemnes de toute altération organique. Toutefois si en même temps que l'anthrax il existe un état saburral, il est utile d'administrer et de réitérer au besoin un éméto-cathartique ou un purgatif.

Le traitement de l'anthrax est plutôt chirurgical que médical, et les moyens déjà indiqués pour le furoncle, c'est-à-dire les applications réfrigérantes, les émollients, les résolutifs ne conviennent qu'aux cas bénins. Mais en présence d'un anthrax volumineux, douloureux, il n'y a pas à hésiter : il faut intervenir d'une manière énergique. Dans ces cas ouvrez le plus tôt possible la tumeur; combien de fois n'avons-nous pas vu les souffrances intolérables qui accompagnent l'anthrax céder presque instantanément à des incisions larges et profondes. Soit par la cessation de la tension des tissus enflammés qu'elles opèrent, soit par la légère hémorrhagie qu'elles déterminent, les incisions amènent toujours un notable soulagement; et la suppuration ainsi que l'élimination des parties mortifiées s'établit d'une manière régulière. Mais pour que le débridement soit complet il faut que les incisions divisent toutes les parties indurées et dépassent la base de l'anthrax.

On peut faire ces incisions suivant quatre méthodes principales : incision simple, incision circulaire, incision cruciale, incision sous-cutanée.

L'incision simple est insuffisante, elle ne fait cesser la tension que d'une manière incomplète, aussi y a-t-on rarement recours aujourd'hui.

Nous en dirons autant de l'incision circulaire proposée par le docteur Lallemand, qui, embrassant la base de la tumeur, a l'inconvénient d'amener la gangrène de la peau et par suite des cicatrices vastes et difformes.

L'incision cruciale a été pratiquée par Dupuytren pour faire

cesser l'étranglement, phénomène auquel il attribuait et la douleur et la mortification des parties enflammées. La manière de la pratiquer est bien connue et décrite dans tous les traités de chirurgie.

C'est évidemment là un procédé douloureux, mais il fait cesser les souffrances occasionnées par l'étranglement des tissus et favorise le développement d'une inflammation de bonne nature. Les tissus mortifiés sont ensuite facilement éliminés et la plaie se cicatrise rapidement à l'aide d'un pansement légèrement excitant.

Depuis quelques années M. A. Guérin, frappé de certains accidents qui accompagnent parfois la méthode précédente, a proposé de la remplacer par l'incision cruciale sous-cutanée des tissus enflammés. Voici le mode opératoire de cet habile chirurgien :

Il plonge au centre de l'anthrax la lame étroite d'un bistouri droit, et la glisse à plat sous la peau jusqu'au delà de la tumeur. Une fois arrivé en ce point il tourne le tranchant du bistouri vers les parties profondes qu'il incise jusqu'à ce qu'il ait traversé tous les tissus enflammés. Il pratique ensuite trois autres incisions analogues, de manière à représenter exactement sous la peau l'opération cruciale ordinaire.

Ce procédé est moins douloureux que l'incision conseillée par Dupuytren ; il est facile à exécuter ; il fait cesser également l'étranglement, pourvu que l'incision soit faite assez profondément, et enfin on évite ainsi la possibilité d'un érysipèle ou de l'infection purulente qui surviennent quelquefois à la suite des autres méthodes; de plus, la cicatrice est bien moins étendue que par les incisions cruciales à ciel ouvert.

M. A. Guérin a déjà pratiqué cette opération sur un grand nombre de malades, et les résultats ont toujours été aussi complets et aussi rapides qu'avec l'incision cruciale ordinaire. En outre, si l'opération est faite dès le début, l'anthrax

se termine par résolution, et le tissu cellulaire mortifié s'échappe par fragments à travers la petite plaie résultant de la ponction de la peau. C'est là un des avantages les plus réels de la méthode et sur lequel M. A. Guérin a insisté avec beaucoup de raison.

Théoriquement, l'application de la méthode sous-cutanée au traitement de l'anthrax paraît des plus heureuses, mais n'est-il pas aussi à craindre que les incisions soient quelquefois insuffisantes, que le pus et les tissus mortifiés ne puissent se faire jour au dehors, et que leur présence n'entretienne et l'inflammation et la possibilité d'accidents graves auxquels au premier abord ce procédé semblait devoir s'opposer ?

Quant à nous, nous leur préférons les incisions cruciales ordinaires suivies de cautérisations.

On a aussi conseillé les cautérisations, soit à l'aide du cautère actuel, soit au moyen de caustiques divers. M. Soulé recommande, au début, l'application de la pâte de Vienne, dont il recouvre une partie de la tumeur. Le deuxième jour, on incise les points cautérisés. De cette manière on prévient la possibilité de l'infection purulente ; les tissus mortifiés et cautérisés s'éliminent ensuite rapidement, et l'on n'a plus affaire qu'à une plaie simple. Toutefois, avec ce procédé, la cautérisation n'est pas assez profonde, surtout quand il s'agit d'anthrax volumineux ; de plus, laissant des vaisseaux béants dans l'intérieur de la plaie, il n'affranchit pas des risques de l'infection purulente.

La méthode qui nous a toujours paru donner les meilleurs résultats, c'est l'incision cruciale de Dupuytren, combinée avec la cautérisation à l'aide de la pâte de chlorure de zinc ; c'est celle du moins que nous avons vu appliquer, et nous pouvons ajouter presque toujours réussir entre les mains de notre regretté maître A. Bonnet. C'est celle que nous conseillons de préférence, car si elle est un peu douloureuse, elle donne, d'autre part, des résultats plus complets que les inci-

sions sous-cutanées d'A. Guérin et met à l'abri des accidents consécutifs.

M. Denucé fait des incisions larges et profondes; seulement, au lieu d'employer ensuite la cautérisation avec la pâte de Canquoin, il se borne à panser les plaies avec des plumasseaux de charpie imbibés de perchlorure de fer à 20 degrés environ. Cela suffirait, selon l'auteur, pour arrêter le saignement et pour réaliser une cautérisation suffisante de toutes les surfaces incisées. La douleur n'est pas très-vive, et dans bon nombre de cas simples ce procédé a parfaitement réussi.

Enfin, on a conseillé, en Angleterre, la compression de l'anthrax au moyen de l'emplâtre de savon opiacé. Je ne saurais dire quels sont les résultats de cette nouvelle méthode de traitement, ne l'ayant jamais vu employer et n'y ayant également jamais eu recours. Mais il nous paraît *à priori* bien difficile d'admettre que, dans les cas graves, le savon opiacé ou non puisse être de quelque utilité. Qu'il réussisse, comme tous les autres emplâtres maturatifs, dans les anthrax bénins, cela est possible; mais dans les autres anthrax il sera toujours plus prudent de donner, et de bonne heure, la préférence aux incisions aidées ou non des cautérisations.

BOUTON D'ALEP

Le *bouton d'Alep*, bouton ou ulcère d'Orient (Villemin), est caractérisé par une élevure cutanée de forme lenticulaire, rouge ou rosée, légèrement saillante au début, mais dont le volume augmente graduellement, de manière à constituer, au bout de quatre à cinq mois, une nodosité assez volumineuse. Elle est le siége d'une desquamation épidermique. Il se produit, vers le troisième ou le quatrième mois, une ulcération qui sécrète un liquide séreux ou séro-purulent, se desséchant sous forme d'une croûte épaisse, humide, assez

adhérente, qui se crevasse pour donner issue à la suppuration. Cette nodosité ulcérée est entourée d'une auréole rouge sur laquelle se trouvent implantées d'autres nodosités beaucoup plus petites ; dans ce cas, le bouton d'Alep est *femelle ;* on le dit *mâle*, au contraire, s'il est unique.

Au bout d'un certain temps, en général assez long, la petite tumeur commence à s'affaisser, la sécrétion diminue, la croûte se dessèche de plus en plus et finit par tomber en laissant une cicatrice indélébile.

L'évolution du bouton d'Alep dure en général un an ; aussi les Arabes lui ont-ils donné le nom de *habab el seneh* (ulcère d'un an). Le plus habituellement le bouton d'Alep est indolore ; il existe seulement un prurit plus ou moins prononcé autour de l'ulcère.

Le bouton d'Alep peut se développer sur toutes les parties du corps, mais il survient presque toujours à la face et aux membres.

Les indigènes et les étrangers en sont également atteints. En général, l'éruption n'apparaît qu'après un séjour d'une certaine durée, mais, d'autre part, le bouton d'Alep peut survenir alors même qu'on a quitté le pays depuis quelque temps.

Il est encore impossible de préciser, d'une manière exacte, les causes de cette affection. Parmi les auteurs qui l'ont étudiée, les uns l'attribuent presque exclusivement à l'usage des eaux de la rivière Koïq (Guilhou, Thomasini, Villemin, etc,). Les habitants qui boiraient de l'eau provenant d'autres sources en seraient exempts. Mais, comme le remarque très-judicieusement M. A.Barralier[1], il est difficile d'admettre une opinion aussi exclusive, puisqu'on rencontre cette même lésion non-seulement dans d'autres pays que ceux arrosés par le Koïq, mais encore dans des régions très-éloignées d'Alep, notam-

[1] *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, tome V, page 194.

ment à Mossoul, à Bagdad, à Ispahan, dans le Liban, dans l'île de Candie, en Egypte. Faudrait-il donc croire que les eaux potables de ces divers pays présentent une composition analogue? Il paraît plus rationnel de supposer que des causes diverses qui nous échappent encore président à l'origine de cette maladie.

Traitement. — Les indigènes se bornent, en général, à de simples lotions adoucissantes et à des soins de propreté. Autant que possible on met l'ulcère à l'abri du contact de l'air, soit à l'aide de feuilles, soit en le recouvrant de tranches de citron. En un mot, les Alepins traitent cette maladie par l'expectation. Quelques médecins ont conseillé les cautérisations pratiquées au début comme méthode abortive. Salina recommande la cautérisation avec le fer rouge, avant que la nodosité ne s'ulcère, de manière à détruire toute la partie malade; ce traitement abrégerait la durée du bouton d'Alep.

BOUTON DE BISKRA

OU DES ZIBANS; CHANCRE DU ZAHARA, DE BERTHERAND.

A côté du bouton d'Alep se place l'affection connue sous le nom de *bouton de Biskra*. Il débute, comme le bouton d'Alep, par une petite nodosité de la grosseur d'un pois. Il peut aussi commencer par une vésicule ou une pustule. Après quelques jours ou quelques semaines, il se fait à sa surface une desquamation épidermique; ensuite la peau s'ulcère et donne lieu à une sécrétion séro-purulente qui se concrète en une croûte plus ou moins épaisse. Cette ulcération est assez semblable à celle du rupia. La durée totale de cette petite éruption est en moyenne de huit à dix mois. Cet ulcère guérit souvent sans traitement, et à sa place il reste une cicatrice analogue à celles qui sont consécutives à une brûlure.

Cette affection présente, comme on le voit, une certaine

analogie avec le bouton d'Alep. Comme ce dernier, le bouton des Zibans attaque non-seulement les indigènes, mais encore les étrangers qui viennent s'établir dans le pays. On a même observé le bouton de Biskra en France. M. A. Favre en a cité un exemple. Son siége habituel est la face, notamment l'aile du nez, le dos des mains et des pieds, les membres supérieurs et inférieurs, etc. Il n'est pas contagieux.

De même que pour le bouton d'Alep, les causes restent encore obscures. Les auteurs l'ont attribué, comme son congénère de l'Asie, à la composition des eaux potables, aux chaleurs excessives de l'été, etc. C'est surtout à la suite de cette saison qu'il se développe, c'est-à-dire durant les mois de septembre, d'octobre et de novembre. On n'a, en général, le bouton de Biskra qu'une fois.

Traitement. — Les natifs abandonnent, en général, à la nature le soin de leur guérison. Mais, d'après les rapports des médecins militaires qui ont habité ce pays, la cautérisation serait le moyen le plus efficace et le plus rapide pour en triompher. Le docteur Massip a obtenu aussi d'excellents résultats de l'emploi des mercuriaux *intus* et *extra*. On guérit, en général, plus vite lorsque l'on quitte le pays.

BULLES

PEMPHIGUS

Des bulles plus ou moins volumineuses, à contour arrondi, contenant tantôt une sérosité transparente, tantôt un liquide purulent ou semi-purulent, constituent le *pemphigus*. Parfois, dans ce liquide bulleux, on trouve des fragments de fausses membranes analogues à celles que contiennent les épanchements pleurétiques. Le plus souvent la peau n'est le siége d'aucune inflammation apparente ; d'autres fois, il existe un liséré érythémateux autour de chaque bulle. Au bout de peu

de jours, cette petite ampoule se rompt et au-dessous de la pellicule épidermique la surface cutanée est rouge, enflammée, légèrement érodée.

Le pemphigus est en général une affection chronique ; cependant la plupart des dermatologistes décrivent une forme aiguë, ne différant du précédent que par sa marche, et dont nous allons nous occuper d'abord.

Quelques auteurs font de cette forme un exanthème aigu ; M. Bazin le range dans les pseudo-exanthèmes. Hebra paraît mettre en doute son existence.

Dans ces derniers temps, M. le docteur Horand a rapporté deux cas de pemphigus aigu fébrile, dans lesquels l'état bulleux de l'éruption, son développement par poussées successives, sa marche rapide et les phènomènes de réaction qui l'ont accompagnée ne laissent pas de doute sur le caractère de cet état, tel que l'a défini notre judicieux confrère. Un des malades a succombé le dixième jour.

Le pemphigus aigu fébrile présenterait donc une certaine analogie avec les fièvres éruptives, mais, comme le fait fort bien remarquer M. Horand, il ne saurait leur être complétement assimilé. Il s'en distingue en effet, en ce qu'il n'est ni contagieux ni inoculable ; l'éruption chez ces deux malades, s'est faite par poussées espacées ; enfin les tracés du pouls et de la température différaient de ceux qui sont propres aux fièvres éruptives, etc.

Partant de ces données, M. Horand rapproche le pemphigus aigu de la varicelle, de l'herpès généralisé fébrile, en un mot de ces affections que M. Parrot a groupées sous la dénomination de *fièvre herpétique*.

Nous partageons entièrement cette manière de voir ; le pemphigus aigu fébrile de M. Horand et l'herpès généralisé fébrile de M. Coutagne sont évidemment de la même famille.

La seule différence appréciable entre eux, serait que dans le premier cas on aurait affaire à des bulles et dans le second

à des vésicules ; ce n'est donc presque qu'affaire de diamètre, avec cette différence, en outre, cependant, que dans l'herpès généralisé fébrile l'éruption se fait par groupes, tandis que, dans le pemphigus, les poussées bulleuses sont irrégulièrement disséminées.

Il nous suffit d'avoir signalé, en passant, ce côté de la question dont l'étude nous entraînerait trop loin.

Le traitement du pemphigus aigu n'offre rien de particulier ; il doit être autant que possible expectant, dirons-nous avec M. Devergie. Il faut s'abstenir d'émissions sanguines qui seraient dangereuses, car le malade peut avoir à fournir une sécrétion séreuse plus ou moins considérable qui amènera toujours une déperdition notable des forces.

L'état fébrile ici ne donne lieu à aucune indication particulière ; la conduite à tenir est la même qu'en présence d'une pyrexie ordinaire. Quelques boissons rafraîchissantes, le repos au lit, les préparations de quinquina,— s'il y a lieu, — etc, suffiront pour remplir cette première indication.

Localement, il faut éviter de rompre les bulles de pemphigus, du moins les petites, l'épiderme et la sérosité qu'il recouvre étant les meilleurs préservatifs contre l'influence fâcheuse soit du contact de l'air soit de l'irritation que déterminent si souvent les frottements. Les bains doivent également être proscrits, afin de maintenir intacte l'éruption bulleuse.

La poudre d'amidon, ou de riz, ou de lycopode est le topique par excellence. La pommade à l'oxyde de zinc, le cérat de Goulard laudanisé trouveront aussi une utile application pour favoriser la cicatrisation des petites plaies qui succèdent parfois aux bulles.

Le pemphigus s'observe quelquefois chez les nouveau-nés (*P. neo-natorum*). Très-souvent alors les bulles existent dès la naissance, ayant leur siége presque exclusif aux mains et aux pieds.

Il reconnaît presque toujours alors une origine syphilitique, soit que la diathèse spécifique ait agi comme cause directe de l'éruption, soit qu'elle ne figure que comme agent débilitant spécial de la constitution. Cependant MM. Simon, Moissenet, Lailler, ont observé des pemphigus simples chez les nouveau-nés.

La variété chronique est, nous l'avons dit, celle sous laquelle on observe le plus souvent le pemphigus. Or, il peut d'abord se présenter sous une forme discrète, bénigne : une ou plusieurs bulles survenant sur une région limitée du corps, — *P. benignus*.

D'autres fois, l'éruption bulleuse commence également, il est vrai, par quelques bulles, mais à peine cette première poussée tend-elle à disparaître, qu'une nouvelle éruption se produit et cela, à intervalles plus ou moins réguliers, et en général assez rapprochés, — *P. diutinus*. L'éruption finit ainsi par envahir la plus grande partie du tégument et l'abondance de la sécrétion détermine peu à peu une altération profonde de la santé.

M. Hardy a nommé *pemphigus prurigineux* une forme où les bulles s'accompagnent de vives démangeaisons et degrattages. Er. Wilson fait de cette maladie, un herpès circiné survenant pendant la grossesse.

Enfin, sous le nom de *pemphigus foliacé*, on a décrit une forme qui diffère notablement des précédentes. Au début, les bulles sont souvent peu nombreuses, flasques, molles, comme flétries ; le liquide qu'elles contiennent est jaunâtre. Les bulles se rompent de très-bonne heure, souvent même elles ne se forment pas et la maladie se présente alors sous l'aspect de squames minces, grises ou brunâtres, enroulées sur elles-mêmes. Le tégument qui finit par être envahi tout entier offre un aspect étrange par suite de la présence de ces lamelles épidermiques à moitié détachées. Cazenave l'a comparé à une pâtisserie feuilletée, Wilson à la peau en lambeaux.

A mesure qu'elles tombent elles sont remplacées par de nouvelles écailles dont la reproduction se fait si rapidement, que M. Hardy les a vues remplir le lit des malades dans l'espace de quelques heures.

Si l'on soulève les squames épidermiques, la surface cutanée apparaît congestionnée, rouge, humide, exulcérée, laissant échapper un liquide séreux, fétide, nauséeux.

Dans des cas très-rares, l'éruption a paru débuter d'emblée par l'exfoliation épidermique dont nous venons de parler, ce qui pourrait faire confondre le pemphigus foliacé avec d'autres maladies cutanées — notamment avec le pityriasis rubra généralisé, maladie qui, d'ailleurs, se rapproche de celle-ci par la nature de l'état constitutionnel qui les accompagne toutes deux ; mais le plus ordinairement l'apparition de bulles isolées vient démontrer le caractère véritablement bulleux de cette dermatose.

Étiologie. — En dehors des agents énumérés à propos de toutes les affections de ce genre, refroidissements, émotions morales, alimentation excitante, abus alcooliques, etc... et qui peuvent agir comme causes occasionnelles — sans cependant qu'on soit encore bien fixé sur la réalité de leur influence, — il est impossible d'apprécier exactement les conditions dans lesquelles le pemphigus se développe. Le pemphigus est toujours, dit-on, l'indice d'un mauvais état général ; cela est vrai dans beaucoup de circonstances, mais quelquefois aussi la dépression des forces, l'amaigrissement, le marasme, etc... ne sont que l'effet de la maladie. Ceci s'observe, notamment dans le pemphigus successif et dans le pemphigus foliacé, non-seulement par suite de l'intensité de la sécrétion séro-purulente ou de l'exfoliation épidermique, mais encore par les complications si fréquentes à une période avancée de la maladie : diarrhée chronique, appétit insatiable, épanchements séreux, bronchites, etc..., complications qui achèvent d'épuiser le malade et hâtent le dénouement fatal.

M. Wilson pense que la cause du pemphigus tient à une débilité générale ou locale se rapprochant de la cachexie, ce qui est assez vague. Cet auteur admet aussi une variété de pemphigus liée à l'irritation de l'appareil utérin ; dans un cas la fétidité du liquide secrété était excessive et ressemblait à à celle de l'ozène des jeunes filles hystériques (P. *hystericus*); il considère le processus pathologique comme identique dans les deux affections; aussi propose-t-il de le désigner sous le nom de *P. ozœnode*.

Nous ne signalerons que pour mémoire les bulles de pemphigus qui, d'après Bœck et Daniellssen, surviennent souvent dans les premières périodes de l'éléphantiasis des Grecs.

Traitement. — La thérapeutique de cette affection n'a pas fait beaucoup de progrès depuis l'époque où Franck disait que : *le meilleur mode de traitement est de ne rien faire*. Avec cet éminent observateur et la plupart des dermatologistes actuels, nous estimons que le rôle du médecin consiste surtout à s'abstenir de tous les agents qui pourraient être nuisibles, à régler l'intervention de l'art d'après les antécédents et les conditions actuelles propres à chaque malade, à faire, en un mot, la médecine des symptômes, la médecine surtout des complications.

« Je ne connais encore *aucun remède interne* qui se soit montré efficace contre le pemphigus, » dit M. le professeur Hebra. Malheureusement ces décourageantes assertions ne sont que trop vraies : en effet, amers, toniques, mercuriaux, arsenic[1], iodure de potassium, sels de fer, acides minéraux, etc., sont restés impuissants contre cette affection, du moins dans sa forme chronique grave.

M. Devergie conseille le perchlorure de fer à la dose de six à

[1] Wilson dit cependant avoir obtenu de bons résultats de l'emploi de ce métalloïde.

huit gouttes par jour dans un verre d'eau sucrée, en trois fois dans les vingt-quatre heures.

Les purgatifs trop et trop banalement conseillés ont l'inconvénient de provoquer l'apparition de ces diarrhées incoercibles qui deviennent une des plus fréquentes et des plus graves complications du pemphigus.

Les bains ordinaires sont en général contre-indiqués ; ils ont le double inconvénient de rompre prématurément les bulles, de congestionner la peau et de favoriser les poussées éruptives. M. Devergie fait aussi remarquer, en véritable praticien, que la difficulté, l'impossibilité même d'*essuyer* les malades, si ce n'est au prix de douleurs souvent intolérables, constitue une autre contre-indication non moins sérieuse.

On peut cependant prescrire un bain lorsque toute sécrétion a complétement cessé et qu'il ne reste qu'un état écailleux de la peau. On y ajoute alors soit 4 à 6 grammes de sublimé (Devergie), soit 100 à 150 grammes de sous-carbonate de soude dans le pemphigus prurigineux (Tilbury Fox). Pour débarrasser la surface cutanée des écailles qui rendent les mouvements difficiles et douloureux, — notamment dans le pemphigus foliacé, — on fait des lotions avec du savon cadique et de l'eau chaude, suivies d'onctions avec la pommade à l'oxyde de zinc (E. Wilson).

Ces remarques s'appliquent également à l'emploi des cataplasmes et de l'enveloppement imperméable.

Quand les bulles sont parvenues à leur complet développepement, il est bon de les percer avec la pointe d'une aiguille ou d'une lancette, afin que l'épiderme s'appliquant sur le chorion puisse lui servir d'enveloppe protectrice.

Si le bain ordinaire présente, comme nous venons de le voir, de sérieux inconvénients, il n'en serait pas de même d'après le professeur Hebra du *bain simple continu*. Chez plusieurs pemphigineux, il a obtenu la guérison de cette manière. L'un d'eux resta au bain cent jours et cent nuits sans inter-

ruption, sauf le temps nécessaire à l'accomplissement des fonctions alvines. Neuf mois après, une récidive s'étant produite, le sujet fut de nouveau soumis au traitement balnéaire pendant cent neuf jours et autant de nuits. Il fut guéri de son pemphigus.

Depuis lors, Hebra a, dit-il, employé les bains continus dans trois autres cas de pemphigus : un pendant soixante-dix-sept jours, un autre quarante-sept et le troisième vingt-six. Chez tous les trois, la guérison a eu lieu. Il résulte des recherches poursuivies par l'auteur, que si le bain continu ne guérit pas tous les malades, du moins il atténue toujours les douleurs et dans aucun cas n'est nuisible.

Tout en tenant grand compte des recommandations de l'éminent dermatologiste, nous croyons que peu de malades consentiront à se soumettre à une pareille médication, qui doit être un véritable supplice. D'ailleurs, le but qu'elle se propose — mettre à l'abri du contact de l'air — est réalisable par d'autres moyens moins pénibles, il faut en convenir, ainsi que nous l'indiquerons dans un instant.

Les bains de goudron comptent aussi des succès. Hebra fait frictionner le malade sur toute la surface du corps avec du goudron ou de l'huile de cade, et l'envoie, immédiatement après, au bain où il reste dix à quatorze heures ou même un jour et une nuit. Ces applications sont assez douloureuses, pendant la première heure. Elles deviennent ensuite de moins en moins pénibles, et sous leur influence excitante l'épiderme tend à se reconstituer.

L'hydrothérapie peut également revendiquer quelques guérisons, et il est facile de comprendre dans quel sens, à la fois détersif et reconstituant, peut et doit s'exercer l'action de cette précieuse ressource thérapeutique.

M. Hillairet, comparant avec beaucoup de raison les conditions dans lesquelles se trouve la peau chez un individu atteint de pemphigus avec celles qui caractérisent les brû-

lures du premier et du second degré, a eu l'heureuse idée d'appliquer à ces deux affections le même traitement, c'est-à-dire des onctions avec le liniment oléo-calcaire, suivies de l'enveloppement avec l'ouate. C'est réaliser, et d'une manière plus commode, l'effet du bain continu.

Le docteur Tilbury Fox a aussi indiqué, comme une des meilleures applications, et efficace dans tous les cas, un mélange de blanc de Troye ordinaire, de glycérine et d'eau, mélange que l'on étend sur toutes les surfaces malades à l'aide d'une brosse.

D'autres enduits ont été préconisés, tels que le collodion, la gutta-percha dissoute dans le chloroforme; mais ces applications n'ont pas donné les résultats satisfaisants qu'on paraissait en attendre. Au-dessous des couches collodionnées, la sécrétion continue de se faire, la pellicule protectrice se soulève, se déchire; ou bien la compression qui résulte des suintements cutanés donne parfois lieu à des douleurs très-vives. D'ailleurs, lorsque l'exfoliation épidermique occupe toute la surface cutanée, ces badigeonnages sont impossibles, souvent même leur application serait très-douloureuse, par suite de la dénudation et de l'irritation des régions affectées.

Enfin, on devra saupoudrer les surfaces, d'amidon, de lycopode, de tan, etc.; s'il existe des démangeaisons vives, M. Hardy conseille d'ajouter à ces poudres un tiers d'oxyde de zinc. On peut remplacer les substances pulvérulentes par des pansements avec des linges enduits de pommade à l'oxyde de zinc ou à l'acétate de plomb. — 0,25 à 0,50 centigrammes pour 30 grammes d'excipient, — ou bien encore par des lotions avec l'acide phénique très-dilué. M. Devergie a obtenu de bons résultats de l'emploi de compresses trempées dans une solution de coaltar saponiné, étendu de 4 ou 5 fois son poids d'eau.

Dans la forme gangréneuse, qui s'observe quelquefois à l'état épidémique, notamment en Irlande, dans la classe

pauvre, le docteur Whitley Stokes conseille de frictionner avec la pommade de scrophularia nodosa, contenant autant de parties végétales vertes que possible. C'est un remède populaire, et celui dont le résultat a toujours été comparativement le plus satisfaisant.

Tout en reconnaissant que les toniques sont insuffisants pour guérir le pemphigus, ou du moins n'ont pas ici une action plus spéciale que dans d'autres dermatoses compliquées de dépérissement, d'anémie, etc., il n'est pas moins certain que le pemphigus se rencontrant souvent chez des individus débilités ou affaiblis, soit originairement, soit par suite de la maladie, il importe de les soumettre non-seulement à une médication reconstituante, mais encore à une hygiène et surtout à une alimentation instituées dans le même sens. L'influence décisive d'un meilleur nourrissage sur les nouveau-nés syphilitiques, affectés de pemphigus, est une preuve sans réplique de l'utilité absolue des fortifiants. Nous n'avons pas à indiquer quelles sont les règles à suivre dans ce cas. Les agents de la médecine tonique sont nombreux, et c'est au praticien de les choisir et de les graduer suivant les indications présentées par chaque malade.

La viande crue administrée d'après le mode indiqué par M. Lailler peut rendre de grands services :

Viande crue rapée.	100	grammes.
Sucre pulvérisé.	40	-
Vin de Bagnols.	20	—
Teinture de cannelle	3	—

On incorpore le sucre à la viande crue, dans un mortier de marbre, puis on ajoute le vin et la teinture. On obtient ainsi un mélange qui a l'aspect d'une marmelade, une saveur agréable. Cette composition répond aux exigences d'une alimentation tonique et reconstituante. Mais, ainsi que nous l'avons déjà dit dans une note de notre traduction des maladies

de la peau d'Hebra, si l'administration du fer, du quina, des amers, de l'arsenic, des acides minéraux, etc., telle qu'on est à même de l'employer dans les hôpitaux, est insuffisante, il en serait peut-être tout autrement, si l'on pouvait faire jouir le malade des bienfaits d'une alimentation variée et réparatrice, du séjour à la campagne, du calme moral et par-dessus tout des douceurs de l'espérance. Ces conditions seraient d'autant plus efficaces qu'on les appliquerait à des sujets qui, jusqu'alors, en auraient été privés, et dont la maladie, ou tout au moins son caractère le plus fâcheux, seraient précisément dus à l'action longtemps agissante de conditions toutes contraires.

RUPIA

Des phlyctènes ou bulles isolées, plus ou moins volumineuses, aplaties, contenant un liquide sanio-purulent, de mauvaise nature et se concrétant en croûtes aplaties, d'un brun noirâtre, tels sont les caractères les plus tranchés de l'affection connue sous le nom de *rupia*. Si la sécrétion de l'humeur sanieuse continue, comme elle se dessèche au fur et à mesure de sa production, la croûte s'élargit graduellement, tout en conservant son aspect primitif. D'autres fois, au contraire, les croûtes sont formées de couches successives, imbriquées, et dont les lamelles superposées et de plus en plus larges prennent l'apparence d'une coquille d'huître, — *rupia proeminens*, *conchyoïde*. — Dans le rupia ordinaire, comme dans le rupia proeminens, on trouve, au-dessous des croûtes, des ulcérations plus ou moins profondes, ayant l'aspect des plaies de mauvaise nature.

Quant au *rupia escharotica*, — variété que, d'après M. Devergie, on observerait souvent chez les enfants à la mamelle, — il présenterait la plus grande analogie avec l'éruption décrite par le docteur Whitley Stokes sous le nom de pem-

phigus gangréneux. Du reste, avec M. Hardy, nous serions très-disposé à admettre que c'est l'affection désignée sous le nom de rupia escharotica.

Quelle que soit sa forme, le rupia est une maladie essentiellement chronique, à marche lente ; il est toujours l'indice d'un mauvais état général. De même que l'ecthyma cachectique et le pemphigus grave, il survient chez les sujets débilités, affaiblis, épuisés. La misère, les chagrins, les travaux excessifs, les veilles prolongées, les excès de tout genre, etc., doivent être inscrits en tête des causes du rupia.

Une fois le rupia développé, il exercera, à son tour, une action pernicieuse sur la constitution du malade ; les sécrétions abondantes que fournissent les surfaces ulcérées, voire, dans certains cas, les hémorrhagies, seront une nouvelle cause de déperdition de force et d'épuisement, et contribueront à affaiblir le malade et à le jeter dans le marasme. Aussi le rupia des enfants à la mamelle et celui qui atteint les vieillards débilités ou minés par des maladies antérieures est-il, en général, grave.

Traitement. — Le traitement du rupia consiste principalemente dans la médication interne. C'est aux toniques et aux roborants de tout genre qu'il importe de faire appel. Mais à côté des amers, des toniques, des ferrugineux, il faut faire une large place au régime et à l'hygiène. A cet égard nous n'avons qu'à renvoyer au chapitre précédent. Les règles que nous avons formulées pour le pemphigus cachectique sont de tous points applicables aux individus atteints de rupia.

Quoique les remèdes internes soient, et de beaucoup, les plus utiles, il ne faut pas négliger les soins locaux. Ayez donc l'œil sur les bulles ou les ulcérations qui leur succèdent. Ainsi que nous l'avons indiqué pour l'ecthyma, il importe de conserver le plus possible intactes les croûtes qui, en maintenant les ulcérations rupioïdes à l'abri du contact de l'air, favorisent leur cicatrisation. Mais si elles se détachent, il faut pan-

ser ces ulcères comme les plaies de mauvaise nature : lotions alcooliques, phéniquées, de vin aromatique, etc., poudre de quinquina et de charbon, pommade astringente, etc.

PAPULES

LICHEN

Il aurait peut-être été plus rationnel de considérer exclusivement comme *lichen* les seules éruptions caractérisées par des élevures papuleuses, petites, discrètes ou confluentes et restant sèches pendant toute leur existence, et de rattacher à l'eczéma toutes celles dans lesquelles à l'élément papuleux se joignent les sécrétions humides de l'eczéma, ou de l'eczéma impétigineux. Telle est du moins l'opinion d'un grand nombre de dermatologistes, qui considèrent notamment le lichen agrius comme une simple variété de l'eczéma. En France, cependant, on continue de le compter au nombre des formes du lichen. Nous nous conformerons à cet usage; toutefois nous décrirons d'abord le lichen dans ses formes sèches, pour étudier ensuite celles dans lesquelles il est associé à l'eczéma.

Dans sa forme la plus simple le lichen est caractérisé par des papules petites, agminées, plus ou moins rouges, dont la coloration peut même être celle de la peau normale, et dont la présence est accompagnée de sensations de chaleur, de picotement ou d'un prurit dont l'intensité est variable suivant l'état des parties lésées et le tempérament des malades. Sous l'influence des frottements ou des grattages, les papules sont excoriées et il se produit une petite sécrétion séro-sanguine, qui se concrète en une croutelle mince, squameuse, en général d'un gris brunâtre. En outre, la peau sur laquelle reposent ces papules est souvent sèche, rugueuse et épaissie. Ces

papules sont disséminées sur différentes régions du corps. — *lichen dispersus*, *lichen diffus* (Devergie); parfois même on ne les reconnaît qu'à un état chagriné, rugueux de la peau.

Le lichen simple diffus s'observe en général à la face interne des membres, sur la poitrine, au cou, à la figure, etc.

D'autres fois les papules de lichen sont réunies en groupes parfaitement délimités; elles forment alors des plaques sèches, rugueuses et recouvertes de squames. Ces plaques guérissent souvent au centre tandis qu'elles s'accroissent par leur périphérie, ce qui leur donne un aspect circiné. Après un certain temps, les squames diminuent et il ne reste qu'une surface dont la peau est rouge, épaissie, parsemée de plis entrecroisés, — *lichen circonscrit*. Cette forme de lichen est presque toujours le siége de sensations de cuisson, de picotements, de démangeaisons, occasion d'inévitables grattages, d'où résulte souvent un petit suintement séreux ou séro-sanguin qui se convertit momentanément en croûtes. Mais on ne voit jamais survenir ces poussées eczémato-pustuleuses, qui sont un des caractères du lichen agrius. Parfois plusieurs plaques de lichen circonscrit se touchent par leur circonférence et forment le *lichen gyratus* (Biett). Le lichen circonscrit se rencontre principalement sur la partie externe des membres, sur le dos des mains, dans la région lombaire, aux fesses, etc.

Mais le lichen n'est pas toujours une simple éruption papuleuse. Souvent l'état lichénoïde, au lieu de débuter par des papules, aura pour point de départ, soit un épaississement de la peau, soit une éruption vésiculeuse ou pustuleuse. Aussi bon nombre d'auteurs rattachent-ils, avec raison, ces formes de lichen à l'eczéma,—*eczéma papuleux*, *eczéma lichenoïde*. Papules, vésicules et pustules sont alors confondues sur une base érythémateuse, enflammée, qui se recouvre rapidement de croûtes gris brunâtre, résultat du mélange de la sécrétion séro-purulente et du sang dont l'exhalation a été provoquée par les grattages.

Dans cette variété, en effet, les sensations de cuisson, de picotement, de prurit sont très-intenses; aussi les surfaces malades sont-elles, par suite des grattages, le siége d'une inflammation très-vive. Au-dessous des croûtes la peau est rouge, luisante, épaissie, rugueuse ; elle est en même temps « parsemée de plis parallèles ou entrecroisés, qui ressemblent à ces hachures qui existent dans certains dessins et dans certaines gravures. Sur le visage, ces rides nombreuses visibles surtout au front, aux tempes et aux joues, donnent aux personnes qui ont été atteintes de lichen pendant un certain temps une apparence de vieillesse anticipée, qui persiste quelquefois très-longtemps » (Hardy).

Cette variété de lichen est souvent très-longue, car sur la peau ainsi modifiée il se fait, à des intervalles plus ou moins éloignés, de nouvelles poussées papulo-vésiculeuses qui retardent la guérison, — *lichen agrius*. En réalité cette variété de lichen nous paraît être un mélange de lichen et d'eczéma ou d'impétigo. Nous renvoyons au chapitre des néoplasies, article mycosis, la description de l'affection qu'on a décrite sous le nom de *lichen hypertrophique*.

Quelquefois les papules du lichen, plus volumineuses, sont rouges, d'un rouge livide.

Elles s'accompagnent de prurit et au bout d'un temps variable, de quelques jours à quelques semaines, elles se terminent par une légère desquamation épidermique; les grattages peuvent aussi amener l'excoriation des éminences papuleuses et le suintement qui en est le résultat se convertit en croûtes minces, jaunâtres ou brunâtres. Cette variété de lichen est fréquente chez les enfants; on l'observe habituellement à la face, aux joues, sur le dos des mains, plus rarement sur les membres et sur les autres régions, — *lichen strophulosus*, *strophulus simple* de M. Hardy, *feux de dents*.

Suivant que les papules du lichen strophuleux présentent

certaines modifications dans leur mode d'arrangement ou leur coloration, on en a fait différentes variétés. Ainsi les papules sont-elles rouges et disséminées, reposant sur un fond érythémateux, c'est le *strophulus interstinctus* ; si au contraire les papules sont moins rouges et groupées en plaques d'une étendue variable, *strophulus confertus* ; d'autres fois les papules sont blanches, petites, entourées d'une auréole inflammatoire, *strophulus albidus*; enfin les groupes papuleux sont dispersés sur diverses régions du corps, leur durée est éphémère comme les élevures de l'urticaria evanida, *strophulus volaticus*.

Sous le nom de *strophulus prurigineux*, M. Hardy décrit une variété de strophulus dans laquelle l'éruption des papules s'accompagne d'autres petites saillies papuleuses moins grosses recouvertes à leur sommet de la petite croûte noirâtre qui caractérise le prurigo. D'après l'éminent dermatologiste, cette complication constante du prurigo serait le caractère distinctif de la variété dont il s'agit. Mais est-ce que ces croûtes sanguines ne peuvent pas aussi se voir sur des papules de lichen et le volume des papules dans ces cas est-il assez différent pour que l'on puisse, sur ces deux signes, admettre dans ces cas la présence d'un prurigo comme complication d'un lichen aigu et disséminé? Le prurit, dans cette forme, est toujours très-violent ; il se manifeste surtout le soir et est parfois assez fort pour occasionner des insomnies dont la persistance peut devenir une cause directe d'affaiblissement et d'épuisement pour les malades. Le strophulus prurigineux envahit de préférence les membres supérieurs, la figure etc. On l'observe surtout chez les enfants ou de jeunes sujets et principalement chez des individus faibles, anémiques ou lymphatiques.

Les mauvaises conditions hygiéniques propres à certaines classes pauvres, l'habitation dans des chambres mal aérées, humides, favorisent son développement. Comme l'érythème

et l'urticaire, c'est une affection qui survient en général au printemps et disparaît ensuite avec les premiers froids.

Le lichen *urticatus* de Bateman, (lichen *urticosus* de Mason Good) n'est pas autre chose, qu'une variété d'urticaire. Il est, en effet, caractérisé au début par de larges élevures que Bateman comparait à des piqûres de cousin ou de punaise. Sur ces plaques se développe secondairement une éruption de papules lichenoïdes.

Ce n'est donc en réalité qu'une urticaire compliquée de lichen. Les papules du lichen urticatus sont le plus ordinairement disséminées, mais on les rencontre aussi rapprochées les unes des autres et disposées en groupe. Cette éruption est très-fréquente chez les enfants.

Quant au *lichen tropicus*, ce n'est pas autre chose qu'une éruption abondante de très-petites papules, *papules miliaires*, rouges et prurigineuses, qui surviennent dans les pays tropicaux sous l'influence des chaleurs excessives de l'été. Nous en avons déjà dit un mot en parlant de la miliaire.

Sous le nom de *lichen lividus* ou de *lichen à papules déprimées*, M. Bazin a décrit une espèce dans laquelle les papules de lichen, plus volumineuses que celles des autres variétés, sont aplaties et réunies par groupes de deux, trois, quatre ou en plus grand nombre, pour former des plaques. Il existe en général pas ou peu de démangeaison. L'éruption présente souvent une teinte brune ou violacée; elle coexiste souvent avec le purpura. D'après M. Bazin, le lichen à papules déprimées se développe de préférence sur le front, le menton, le nez, les oreilles et les membres, et il serait toujours symptomatique de l'arthritis. C'est une affection très-rebelle.

Le *lichen pilaris* est une variété caractérisée par de petites élevures papuleuses situées à la partie supérieure des follicules pileux et dont le centre est perforé par un poil. Il paraît être le résultat de l'inflammation du follicule. Il s'accompagne,

comme le lichen ordinaire, de sensations de chaleur et de picotements.

M. Bazin admet deux variétés de lichen pilaris : 1° *lichen par hypertrophie papillaire*, 2° *lichen par altération fonctionnelle de la papille*. Dans le premier cas, les papules sont volumineuses et constituées par l'hypertrophie du follicule pileux et de la papille pilifère ; elles sont traversées par un poil. Cette éruption prend alors un aspect rugueux que l'on désigne sous le nom de *cutis anserina*, *chair de poule*.

Dans la seconde, la papille donnerait naissance à des cellules épidermiques molles, polyédriques et pourvues d'un noyau très-visible.... Cette seconde variété est caractérisée par des papules petites, déprimées à leur centre, d'une couleur jaunâtre ou brunâtre, et disposées en plaques, qui ressemblent à une croûte de pain superficiellement brûlée.

Les éléments du poil cessent d'être sécrétés de bonne heure ; aussi les papules ne sont point traversées par un poil comme celles du lichen par hypertrophie papillaire.

La description de cette seconde variété de lichen pilaris, que nous transcrivons textuellement du remarquable ouvrage de M. Bazin[1], nous paraît se rapporter en grande partie à l'affection que l'on a désignée dans ces dernières années sous le nom de lichen planus, du moins de sa forme discrète.

Nous emprunterons aux auteurs anglais et allemands qui s'en sont particulièrement occupés la description de cette variété de lichen à laquelle nous pensons qu'il convient de laisser la dénomination de lichen planus qui en donne une idée exacte.

D'après E. Wilson, le lichen *planus* est caractérisé par des papules aplaties, rouge foncé, à sommet brillant, uni, à base angulaire, et dont le centre, qui est quelquefois déprimé ou

[1] *Leçons théoriques et cliniques sur les affections génériques de la peau*, page 324.

ombiliqué, laisse voir l'orifice du follicule pileux. Parfois quand l'éruption est abondante, les papules sont groupées sur une base infiltrée et forment une plaque d'étendue variable. Au début les papules sont toujours discrètes, mais elles ont de la tendance à s'agglomérer de manière à former des plaques, non par leur développement périphérique, mais par des éruptions successives de nouvelles papules qui apparaissent dans les espaces laissés libres entre les papules primitives. Après la formation des plaques et au bout d'un certain temps la peau devient plus ou moins infiltrée; cependant il est toujours possible de reconnaître facilement les papules. Elles conservent leurs caractères anatomiques jusqu'au moment où elles disparaissent. A ce moment, les papules s'affaissent, leur sommet se déprime, s'ombilique au-dessous du niveau de la circonférence, d'où résulte une disposition annulaire. Aux papules succèdent alors des taches d'un brun foncé qui donnent à la peau, dans les points où l'éruption était abondante, un aspect bigarré; d'autres fois lorsque la papule disparaît elle est remplacée par une petite plaque rouge desquamante, plus large que sa base.

Le lichen planus s'observe de préférence sur la partie antérieure des avant-bras et des poignets, à la nuque, sur l'abdomen, aux reins, au niveau du sacrum, etc....

D'autres fois le lichen planus, au lieu de rester localisé à certaines régions, envahit la plus grande partie du corps, il constitue alors le *lichen ruber* du professeur Hebra.

D'après lui, cette affection consiste en une éruption de papules miliaires, à leur début distinctes les unes des autres, mais qui se réunissent bientôt en plaques par le développement de nouvelles papules apparaissant dans les intervalles des papules originaires. Ces plaques sont recouvertes de squames petites, minces et peu adhérentes. Elles n'occasionnent que peu de démangeaison.

Ces éruptions papuleuses se produisent successivement sur

différents points restés jusque-là indemnes, et à la fin, il en résulte un état dans lequel les papules, et l'infiltration de la peau qui en est la conséquence, occupent des régions entières, ou même toute la surface du corps. Le tégument est alors rouge dans toute son étendue, recouvert de nombreuses écailles minces, et tellement infiltré que lorsqu'on soulève un pli de la peau, on trouve qu'elle a plus de deux fois l'épaisseur normale. Les mouvements de flexion et d'extension deviennent très-difficiles; la peau de la paume des mains et de la plante des pieds est très-épaissie. Les doigts et les orteils sont en général séparés les uns des autres, ils ont une position demi-fléchie, ils sont rouges et infiltrés, et les articulations des phalanges sont le siége de fissures transversales, de crevasses qui pénètrent fréquemment jusqu'au chorion.

Les ongles sont épaissis, opaques, rugueux et très-friables. Les cheveux, les poils du pubis et de l'aisselle ne sont pas malades. Si au debut l'état général n'est pas modifié, il n'en est plus de même quand l'éruption a envahi toute la surface cutanée, le malade maigrit et tombe dans un état de marasme qui peut se terminer par la mort.

Quant au *lichen scrofulosorum*, il consiste, d'après Hebra [1], en une éruption de papules miliaires, jaune pâle ou rouge brunâtre, ou encore de la même couleur que la peau. Elles sont toujours disposées en groupe et quelquefois forment des cercles ou des segments de cercles. Ces papules sont situées sur les follicules pileux; elles sont toujours recouvertes de quelques minces squames. Il n'y a pas de prurit et par conséquent pas d'excoriations. Elles ne subissent aucune transformation, c'est-à-dire ne deviennent jamais vésiculeuses. Cette affection est en général limitée au tronc, il est très-rare de l'observer sur les membres.

[1] D'après le traducteur anglais de l'ouvrage du professeur Hebra, quelques cas de *lichen scrofulosorum*, qu'il vit à la clinique dermatologique de Vienne, auraient été considérés en Angleterre comme des exemples de *lichen circumscriptus*.

Sa marche est très-lente, aussi les plaques papuleuses restent-elles pendant longtemps stationnaires. Leur existence peut passer inaperçue jusqu'au moment où se développent d'autres phénomènes. A ce moment on voit survenir entre les groupes de papules et dans des régions telles que les membres et la face, indemnes jusqu'alors, de petites nodosités, rouge bleuâtre, de la grosseur d'une lentille, isolées et semblables à celles de l'acné. Quelques-unes contiennent du pus qui se dessèche ou est rejeté lorsque les nodosités disparaissent; d'autres ne suppurent pas, mais diminuent graduellement. Dans les deux cas, ces nodosités laissent après elles des macules discoïdes d'une pigmentation très-foncée et de l'étendue d'une lentille, tandis que sur d'autres points surviennent de nouvelles nodosités. La peau comprise entre les parties malades se desquame souvent sous forme de petites écailles semblables à du son et brillantes; tout le tégument a en général dans ces cas un aspect cachectique.

Le *lichen scrofulosorum* affecte presque exclusivement les sujets scrofuleux (90 fois sur 100). Hebra ne l'a jusqu'à ce jour observé que chez les hommes, entre l'âge de quinze et vingt-cinq ans.

Comme l'eczéma et le psoriasis, le lichen est une affection diathésique, dartreuse. Du reste dans bon nombre de cas le lichen n'est qu'une forme de l'eczéma et se manifeste dans les mêmes conditions. Comme pour toutes les dartres, l'hérédité joue un grand rôle, c'est là une des causes prédisposantes admises par tous les auteurs.

Le lichen est-il plus commun chez les personnes nerveuses que chez les autres? Nous serions très-disposé à le croire en raison des faits que nous avons observés. Toutefois on le rencontre aussi chez des sujets doués d'autres tempéraments. On l'observe aussi de préférence pendant l'été et au changement des saisons. Il survient à tous les âges, et, chez les enfants, au moment de la dentition.

Certaines professions paraissent favoriser son apparition, notamment celles qui exposent les individus au contact de matières âcres, irritantes : les épiciers, les confiseurs, les cuisiniers, les teinturiers, les boulangers, les maçons, etc., — *lichen professionnel*. Il en est de même des éruptions lichénoïdes qui surviennent sous l'influence de l'action irritante et des grattages occasionnés par des parasites, notamment des acares et des poux, — *lichen parasitaire* de M. Bazin. Les substances irritantes, médicamenteuses ou non, appliquées sur la peau, sont souvent aussi une cause déterminante de l'affection. Les écarts de régime, les excès alcooliques, les veilles prolongées, les travaux excessifs, les émotions violentes, etc., agissent au même titre. Mais toutes ces causes, il faut le noter, n'auront, en général, leur effet que chez certains individus seulement, chez ceux qui se trouvent sous l'influence de la diathèse dartreuse.

Traitement. — Aux premières périodes, tant qu'il existe de l'inflammation, il faut se borner à des applications émollientes. Comme pour l'eczéma, ce seront des bains tièdes, additionnés de son, d'amidon, de colle, etc... ; des lotions ou des fomentations avec la décoction de mauve et pavot, de sureau ; des cataplasmes de fécule, d'amidon ; des poudres inertes, etc... Rappelons aussi les avantages de l'enveloppement imperméable.

Mais à côté de ces symptômes inflammatoires, qui cèdent assez facilement à un traitement approprié, il est un autre phénomène morbide presque toujours présent dans le lichen chronique, qui souvent aggrave les lésions locales et exerce secondairement une influence fâcheuse sur tout l'organisme. C'est le prurit très-intense et dont le praticien doit toujours se préoccuper, car le lichen est une affection essentiellement prurigineuse ; et chez les individus nerveux ce symptôme peut atteindre un degré très-prononcé. J'ai vu dernièrement, chez deux vieillards, un lichen diffus des membres inférieurs

et de la région lombaire occasionner des démangeaisons atroces qui mettaient ces deux infortunés dans une espèce de rage. Ils se déchiraient la peau avec une véritable fureur en poussant des gémissements, des cris et en trépignant comme dans un accès de folie.

Ces démangeaisons sont en général peu marquées durant le jour, c'est surtout vers le soir et après le premier sommeil qu'elles se manifestent dans leur redoutable intensité. Impossible de résister au besoin impérieux, dominateur, qui saisit alors les malades. Ils éprouvent même un véritable soulagement à la suite de ces grattages violents et réitérés qui font presque toujours cesser l'éréthisme nerveux. Cette surexcitation est le plus habituellement secondaire, elle m'a paru être, dans la plupart des cas, la conséquence des démangeaisons et des grattages. Cet état nerveux, du reste, ne se produit que graduellement et naît, en quelque sorte, sous les ongles du malade. Presque tous vous disent, en effet, qu'ils se sentent devenir chaque jour plus excitables, qu'ils supportent moins facilement les démangeaisons, que les nuits sont plus mauvaises, plus agitées, qu'ils perdent de plus en plus le sommeil, etc.... Par le fait, on voit leur santé se modifier, leurs traits s'altérer, ils deviennent sombres, inquiets. Le jour « *cela va encore* » disent-ils, mais le soir, mais la nuit,... ce n'est qu'avec les plus grandes et malheureusement les plus légitimes inquiétudes qu'ils la voient approcher. Il faut donc intervenir, et d'une manière énergique, pour enrayer un état dont la persistance ne serait pas sans danger.

Au nombre des antiprurigineux les plus efficaces figurent le chloroforme et le cyanure de potassium. On pourrait aussi essayer les lotions avec une solution concentrée de saponine, récemment indiquée comme un anesthésique local. On peut employer le premier à la dose de 1 à 2 grammes pour 30 grammes d'axonge.

Le cyanure de potassium se prescrit sous l'une des formes suivantes :

Cold-cream.	30 grammes.
Cyanure de potassium.	0,30 centigrammes.
Cochenille.	0,05 »

(Anderson.)

Axonge.	30 grammes.
Cochenille.	0,30 centigrammes.
Cyanure de potassium.	0,25 »
Soufre. . . . . }	āā 2 grammes.
Bi-carbonate de potassium. . }	

(id. — in Skin diseases de T. Fox).

La pommade camphrée ordinaire calme parfois les démangeaisons, mais il est en général préférable de formuler : axonge 30 grammes, camphre de 0,25 à 0,50. De même que le chloroforme ou le cyanure de potassium on peut l'employer seul ou bien l'associer à d'autres médicaments, notamment aux alcalins.

Rappelons les lotions de chloral, que j'ai vu réussir, chez bon nombre de malades, principalement dans le lichen circonscrit. Les lotions au sous-acétate de plomb, au borax, à l'alun, avec l'eau de laurier cerise diluée, etc,... sont souvent utiles.

Un des meilleurs moyens sont les lotions de sublimé :

Eau distillée.	300 grammes.
Sublimé.	0,05 à 0,10 centigrammes.
Alcool.	q. s.

L'huile de cade pure, ou mitigée en proportion variable avec l'huile d'amandes douces, modifie souvent favorablement les surfaces malades et atténue le prurit. Mais ces applications locales sont souvent insuffisantes ; il faut, en général, leur adjoindre l'usage interne des antispasmodiques et des opiacés. Le bromure de potassium m'a souvent donné de bons

résultats; il en est de même de l'opium à dose progressive conseillé par M. Devergie, de l'aconit, vanté par M. Cazenave comme ayant une action spéciale sur le lichen chronique ou plutôt sur l'état nerveux qui tiendrait sous sa dépendance l'éruption cutanée. Les préparations de castoreum, de valériane, etc., seront toujours d'utiles auxiliaires.

Mais pour guérir le lichen, il ne suffit pas de faire cesser le prurit, il faut surtout s'attaquer à la maladie elle-même. Une fois la période aiguë passée, on administrera les alcalins *intus* et *extra*.

Le traitement alcalin a surtout été préconisé par M. Bazin contre le lichen d'origine arthritique dont cet auteur admet trois variétés : lichen circonscrit, lichen pilaris, lichen lividus. Toutefois, cette médication m'a paru convenir chez tous les individus d'un tempérament nerveux ou bilieux. On doit, d'autre part, s'en abstenir chez les sujets scrofuleux ou lymphatiques.

On prescrira un sel alcalin et de préférence le bicarbonate de soude, à la dose moyenne de 2 grammes par jour, dans de la tisane ou dans un sirop approprié, à prendre soit dans l'intervalle des repas, soit aux repas. On peut remplacer la tisane par une eau minérale alcaline, telle que l'eau de Vichy, de Vals, de Pougues, etc., que l'on mélange, au repas, avec le vin.

Le malade est-il, au contraire, lymphatique ou scrofuleux? On prescrira les amers, les toniques, les ferrugineux, l'huile de foie de morue. Dans le lichen agrius, M. Hardy a retiré de grands avantages de l'administration de l'arséniate de fer à la dose journalière de 3 à 6 centigrammes.

A la troisième période, le lichen sera presque toujours justiciable des préparations arsenicales ; arséniate de soude, de fer, d'ammoniaque, etc., suivant les indications particulières et aux doses que nous avons déjà indiquées au chapitre de l'eczéma. C'est surtout chez les sujets dont la santé ne

présente pas de troubles particuliers que l'on devra conseiller la médication arsenicale qui agira aussi dans une certaine mesure contre l'état diathésique ou dartreux. Si le malade est dyspeptique, rhumatisant ou goutteux, les alcalins, l'iodure de potassium, le colchique seront employés avec avantage. En un mot, ne perdez jamais de vue, au moment de prescrire, les conditions de santé dans lesquelles se trouvait et se trouve le malade.

Dans les lichens chroniques à forme lymphatique ou *lichens scrofuleux*, M. Devergie recommande tout particulièrement la teinture de cantharides, médicament sur lequel Biett avait déjà appelé l'attention.

Toutefois, pour remédier à l'opposition que certaines personnes pourraient faire à l'emploi de ce remède, M. Devergie a l'habitude de prescrire cette teinture sous le nom de *teinture de meloe vesicatorius*. Il la fait prendre aux enfants comme aux jeunes gens. « Je la donne, dit-il[1], par gouttes, en commençant par 1 goutte le matin, 1 goutte le soir, augmentant d'une seule goutte pour la journée et pour chaque jour, de manière à arriver à 10 gouttes pour les enfants de sept ou huit ans, 15 gouttes pour un âge plus avancé, et 20, 25 et même 30 pour l'âge de vingt-cinq à trente ans. C'est dans un julep simple, ou dans un verre d'eau sucrée, ou dans une tasse de tisane, que je fais prendre ce médicament ; la dose de la journée toujours en deux fois, moitié le matin, moitié le soir. Ces sortes de gastralgies en vertu desquelles un enfant a, comme on le dit communément, l'estomac capricieux, ne s'accommodant que de friandises ou de mets qui excitent l'appétit, cessent comme par enchantement sous l'influence de cet agent. Un appétit franc se dessine, et l'usage des viandes et des aliments ordinaires devient un besoin pour le petit malade. En même temps, s'il s'agit d'un enfant

[1] Devergie, *Traité des maladies de peau*, 3e édition, pag. 743.

lymphatique, pâle, décoloré, porteur d'ailleurs d'un *lichen agrius* si souvent lié à un pareil état, l'affection lichénoïde diminue peu à peu et se guérit à merveille.

Je ne nie pas les accidents possibles qui peuvent résulter de l'emploi de doses exagérées de ce remède, même de son usage continué à 20 ou 25 gouttes, tels que la difficulté à uriner, allant parfois même jusqu'à rendre un peu de sang avec les urines; mais cet effet est tellement passager, en même temps qu'il est si peu fréquent, qu'il ne saurait arrêter dans l'administration de cette teinture. Au surplus, ce n'est pas l'éréthisme qu'il amène, mais la dysurie douloureuse allant jusqu'à la suppression de l'urine. Il suffit de cesser tout à coup son emploi pour voir disparaître en quelque temps tous ces accidents, surtout si l'on enduit les parties génitales d'un peu de pommade camphrée. En résumé, c'est un de nos moyens les plus héroïques et dont je ne saurais trop préconiser l'usage dans les affections papuleuses à forme chronique, et surtout quand il s'agit de jeunes gens et de jeunes filles. »

Contre l'épaississement et l'induration de la peau, qui s'observent si souvent dans certaines formes de lichen chronique, on devra recourir aux pommades résolutives ou aux pommades fondantes. Nous préférons les premières, car, n'ayant jamais vu les pommades à l'iodure de potassium ou à l'iodure de plomb, associé ou non à l'extrait de ciguë, donner des résultats bien marqués, nous serions très-porté à croire qu'elles agissent dans ces cas comme sur les tumeurs dont elles *doivent* amener la résolution. Les pommades aux sels alcalins (1 gr. de carbonate de soude pour 30 gr. d'axonge), à l'oxyde de zinc, au sous-nitrate de bismuth, etc., peuvent avoir une action favorable.

Un excellent topique résolutif est l'onguent diachylon d'Hebra, dont voici la formule :

Huile d'olive.	450 grammes.
Litharge..	90 »

Faites bouillir jusqu'à consistance convenable, et ajoutez :

Huile de lavande. . . . . 8 grammes.

On étend cette pommade sur des bandelettes de toile qu'on laisse appliquées pendant toute la nuit.

La pommade d'iodoforme, dans certains cas rebelles, a donné de bons résultats. Contre les gerçures et les crevasses qui surviennent dans le lichen des articulations, le glycérolé au tannin procure un soulagement marqué. Parfois on pourra, pour modifier la vitalité de la surface cutanée des plaques lichénoïdes, les badigeonner avec une solution de nitrate d'argent ou même les soumettre à des cautérisations superficielles avec le crayon ou avec la teinture d'iode pure ou additionnée de glycérine. C'est dans ce sens qu'agit la pommade au proto-nitrate de mercure, à la dose de 5 à 6 centigrammes pour 30 grammes d'axonge. Dans le lichen eczémateux rebelle, M. Devergie a obtenu de bons résultats en faisant suppurer la surface malade à l'aide de pommade épispastique étendue d'axonge, de manière à modifier la vitalité du tissu.

A ces diverses médications, il faut encore joindre l'usage des bains. Les bains alcalins sont souvent très-utiles contre le lichen simplex, le lichen diffus. On commencera toujours par des doses peu élevées de carbonate de soude, en augmentant ensuite graduellement la quantité de sel. Chez les malades à peau irritable, de trop fortes doses, comme on a souvent l'habitude de les prescrire, déterminent parfois une excitation fâcheuse. 100 à 150 grammes de carbonate de soude représentent une proportion suffisante dans la plupart des cas. Contre les lichens circonscrits anciens, contre le lichen agrius, alors que l'état aigu est passé, on pourra conseiller avec avantage les bains sulfureux. Si la peau est sèche, il faut prescrire les bains ou les douches de vapeur.

Dans le lichen planus, le praticien n'oubliera pas qu'il doit se préoccuper de l'hypérémie idiopathique des parties les plus profondes des follicules pileux et de l'accroissement hypertrophique de la gaine de la racine, suivis secondairement de l'hypertrophie de la couche papillaire de la peau et en connexion avec le trouble hypérémique et fonctionnel d'organes internes importants et de dérangements graves de la santé générale.

Pour essayer de diminuer l'hypérémie, on peut donner à l'intérieur le perchlorure de fer, si l'état des voies digestives le permet. L'arsenic, d'après T. Fox, serait plutôt nuisible dans ces cas; s'il s'agit d'un lichen planus à forme discrète, où les papules sont particulièrement solides et où l'hypérémie est moins prononcée qu'à l'ordinaire et le malade robuste, le mercure à doses altérantes employé concurremment avec l'huile de foie de morue peut donner de bons résultats.

Quant au lichen planus, en général, le traitement qui a le mieux réussi entre les mains d'Erasmus Wilson est la mixture ferro-arsenicale, et, comme application locale, des lotions avec une solution de bichlorure de mercure.

Contre le lichen ruber, Hebra n'a trouvé aucun remède efficace, à l'exception de l'arsenic.

Étant données les causes qui paraissent tenir sous leur dépendance le *lichen scrofulosorum*, il était naturel de songer tout d'abord à l'huile de foie de morue, le plus énergique des antiscrofuleux que la médecine possède. Aussi le professeur Hebra recommande-t-il de l'employer *intus* et *extra*. Il résulte de ses recherches que, si l'on donne l'huile seulement à l'intérieur, la guérison exige plus de temps que si l'on y associe l'usage externe du remède. Il la fait prendre à la dose de 30 à 60 grammes par jour en deux fois, avant les repas.

Localement, on frictionne les parties malades avec la même huile, en ayant soin, si la chose est praticable, de faire tenir le malade couché nu entre deux couvertures de laine ou deux

draps de flanelle. En cas d'impossibilité, on le fait vêtir d'une veste étroite et de pantalons de laine tricotée. Durant la première partie du traitement, les frictions d'huile de foie de morue sont renouvelées quatre fois par jour ; plus tard, lorsque les vêtements et les couvertures sont suffisamment saturés d'huile, on peut se borner à faire l'onction deux fois en vingt-quatre heures. Quant aux bains, ils ont paru rendre la guérison plus lente que lorsqu'on employait l'huile seule.

Le succès de cette médication a été tellement satisfaisant, que, jusqu'à ce jour, dit l'auteur, il n'y a eu aucune raison de tenter l'essai d'un autre genre de traitement. Inutile d'ajouter que les malades étaient en même temps soumis à une alimentation reconstituante. Ne peut-on, d'ailleurs, se demander si l'emploi de tous les autres remèdes anti-strumeux, fait avec une semblable persévérance, n'aurait pas été suivi de résultats également satisfaisants ?

PRURIGO

Avant de définir le prurigo, tel que l'entendent aujourd'hui la plupart des dermatologistes, il importe de rappeler que bon nombre d'entre eux, — Hebra, Er. Wilson, T. Fox, etc., — se basant exclusivement sur l'élément anatomo-pathologique, ne considèrent comme prurigo que l'état dans lequel des papules existent manifestement à la peau, et rejettent les autres espèces décrites par les auteurs sous le nom de prurigo latent ou sans papules.

Selon nous, au contraire, il est rationnel de conserver ces dernières variétés admises par les auteurs français, car, si les papnles ne sont pas toujours visibles, l'ensemble des symptômes, le tableau morbide est toujours le même, que ce soient les papules ou les démangeaisons qui prédominent. Que l'on ait affaire à un prurigo partiel, avec papules imperceptibles, ou à un prurigo généralisé, avec éruption papuleuse bien

manifeste, les phénomènes subjectifs, auxquels donneront lieu ces deux variétés, présenteront toujours assez d'analogies pour mériter d'être compris sous le même nom, dans la même description.

Le *prurigo* est une affection cutanée, caractérisée par une éruption de petites papules discrètes, isolées, peu élevées au-dessus du niveau de la peau, ayant au début la même coloration que le tégument sain, et provoquant des démangeaisons plus ou moins vives. Les grattages répétés que suscitent ces démangeaisons amènent l'érosion de l'épiderme, la sécrétion d'une petite quantité de sérosité, souvent l'issue d'une gouttelette de sang, qui se dessèche et forme au sommet de la papule une croûte noire caractéristique.

Le prurigo peut être général (*prurigo vulgaris*) ou localisé à une région circonscrite (*prurigo podicis*, *p. scroti*, *vulvæ*, etc.), enfin, il peut tenir à la présence de parasites (*prurigo pedicularis*, *scabiei*),

On a aussi décrit les prurigo *mitis*, *formicans* et *senilis*. Mais ce sont là des degrés plus que des espèces, à proprement parler.

Prurigo vulgaris, comprenant le *p. mitis* et le *p. formicans*. L'éruption papuleuse est souvent précédée de démangeaisons plus ou moins vives ; on voit ensuite survenir des petites papules sous-épidermiques, souvent plus facilement perceptibles au toucher qu'à la vue et donnant au doigt une sensation de rudesse bien caractérisée. Ces papules déterminent une grande irritation, qui provoque des grattages répétés, lesquels détruisent l'épiderme, enflamment les papules déjà existantes et deviennent le point de départ de nouvelles poussées papuleuses.

Lorsque l'éruption existe depuis quelque temps, ces démangeaisons prennent un caractère plus grave. Elles ne sont plus une simple incommodité, — *prurigo mitis*, — mais deviennent très-vives, atroces, s'accompagnant de sensations aiguës

de chaleur, de brûlure, de picotement. Il semble, à l'un de ces malades, qu'un fer rouge lui laboure le corps, à un autre, que des milliers d'aiguilles lui traversent le derme ou que des légions d'insectes se promènent sur sa peau. Quelques-uns ont comparé cet état au supplice de saint Laurent. Le malade éprouve alors un irrésistible besoin de se gratter; les ongles même ne lui suffisent plus, il se déchire la peau avec des brosses dures, avec tous les corps aigus qui lui tombent sous la main. C'est lors des variations de température, à la suite d'excès alcooliques, et surtout la nuit, sous l'influence de la chaleur du lit, que des exacerbations se produisent et que le malade, en proie à ce qu'on pourrait appeler le délire prurigineux, s'arrache la peau, se lacère de déchirures profondes, en vue d'obtenir un soulagement momentané aux tortures qui l'assaillent. Souvent même il est obligé de se lever, de passer la nuit à se promener, à se lotionner avec de l'eau ou un liquide quelconque. Ces insomnies répétées, l'excitation nerveuse qui en résulte, les souffrances horribles qu'il endure, le désespoir que cause la persistance de cet état, amènent quelquefois le trouble des facultés intellectuelles et le suicide. M. Hardy a vu, il y a quelques années, un malade de l'hôpital Saint-Louis se donner la mort pour échapper au supplice sans cesse renaissant de cette terrible douleur.

Le tégument, cependant, s'est modifié d'une manière sensible. La peau devient sèche, parcheminée, rugueuse, épaisse. Les poils cutanés ont en partie disparu, arrachés par les ongles ; ceux qui restent sont plus durs, plus courts qu'à l'état normal.

En même temps, dans les régions qui sont le siége des grattages et des excoriations, la peau prend une teinte pigmentaire plus foncée. Alors aussi les papules sont devenues plus volumineuses, les croûtes sanguines qui les recouvrent sont plus nombreuses, et les excoriations plus profondes, plus accusées,

Souvent, sous l'influence de l'irritation tégumentaire, il vient des complications eczémateuses ou ecthymateuses, des engorgements ganglionnaires, etc.... Aussi pourrait-il se faire que, au premier abord, de véritables prurigos fussent pris pour une des affections que nous venons de nommer, les papules de la première, de la principale, se trouvant masquées par des lésions plus apparentes.

C'est dans ces cas surtout qu'un examen *d'ensemble* pourra donner des résultats aussi rapides que certains. Si, dans la plupart des maladies, il existe une collection de traits fugitifs, de nuances vagues, impossibles à définir, à décrire, à enseigner, et qui, cependant, fournissent à l'art du diagnostic ses plus sûrs éléments, c'est à propos du prurigo surtout qu'il est vrai de le dire et qu'il est bon de le savoir.

Ainsi cette affection couvre presque toute la surface cutanée ; toutefois le cuir chevelu, la face, en sont habituellement indemnes ; son siége de prédilection est sur les épaules, l'abdomen et notamment la face externe des membres, signe distinctif d'avec les éruptions qu'engendre la présence des acares (lesquels siégent sur la face interne).

Dans le prurigo *senilis* les papules sont moins nombreuses que dans le prurigo *formicans* et même dans le prurigo *mitis*; presque toujours même elles sont précédées par les démangeaisons. Ainsi que son nom l'indique, on l'observe à un âge avancé, en opposition avec le prurigo *mitis*, qui se rencontrerait plus souvent dans la jeunesse.

Le prurigo senilis est presque toujours, selon M. Hardy, accompagné de poux ; aussi est-il difficile, dit cet auteur, de savoir si ce sont les poux qui engendrent le prurigo, ou si c'est le prurigo qui attire les poux. Dans tous les cas c'est une des variétés les plus rebelles et les plus tenaces.

Dans le prurigo partiel, local, notamment dans celui de l'anus, des parties génitales, les papules sont le plus souvent à peine visibles et le prurit existe seul (*P. sine papulis* des

auteurs.) C'est à ces cas surtout qu'appartiennent les démangeaisons atroces, à paroxismes nocturnes.

La peau des régions atteintes est souvent notablement épaissie, formant des replis volumineux au-devant de l'anus et fournissant une sécrétion séreuse qui soulage les malades; d'autres fois elle est sèche, luisante, parcheminée, portant des traces évidentes des ravages causés par les ongles.

Le prurigo des parties génitales, chez la femme, s'observe souvent à l'époque de la ménopause.

L'hyperesthésie cutanée, par son extension à la région clitoridienne, peut devenir le point de départ de l'onanisme et de la nymphomanie. Le limbe du prépuce subit les mêmes altérations, ce qui conduit parfois à de semblables conséquences.

Le prurigo peut encore être dû à la présence des parasites (*P. pedicularis* et *P. scabiei*). Dans le premier cas on observe moins des papules véritables que de nombreuses et caractéristiques excoriations occasionnées par les grattages violents et réitérés qui tiennent à la présence des parasites. On le rencontre dans les diverses régions du corps, mais de préférence à la nuque et aux épaules.

La gale s'accompagne souvent d'une éruption papuleuse qui a son siége le plus habituel sur l'abdomen, la face antérieure des cuisses et externe des membres.

Enfin, mentionnons pour mémoire les démangeaisons, sans rougeur ni altération appréciable du tégument, qui accompagnent souvent l'ictère, l'albuminurie, l'hydropisie, certaines irritations des organes génito-urinaires, etc., et que quelques auteurs ont décrites sous les noms de prurit cutané.

Selon Hebra, le prurigo est incurable. Le prurigo général, il est vrai, est toujours grave, non en lui même, mais par les démangeaisons qui l'accompagnent, et chez certains malades il résiste à tous les traitements.

Quant au prurigo local partiel, il se modifie plus facilement,

surtout si on le traite de bonne heure, avant que la peau ait subi des altérations profondes.

Enfin, le prurigo parasitaire, celui qui accompagne la gale, cesse avec les causes qui lui ont donné naissance.

Quand on veut se rendre compte des causes de cette dermatose, on se trouve en présence des opinions les plus contradictoires, ce qui paraît tenir à ce que l'on n'est point d'accord sur ce qu'il convient réellement d'entendre par prurigo. A côté des causes que nous pourrions appeler fondamentales de cette affection, il en est d'autres qui ne jouent évidemment qu'un rôle accidentel, occasionel : le parasitisme (acares et pediculi).

Quelques auteurs (Schönlein et son école) ont supposé que l'urémie donnant lieu à des sueurs exagérées, à du prurit cutané, pouvait être le point de départ du prurigo. Mais les observations d'urémie recueillies jusqu'à ce jour n'ont pas confirmé cette manière de voir.

Selon M. Cazenave le prurigo proviendrait d'une hyperesthésie cutanée qui amène la démangeaison, puis le grattage et consécutivement une éruption papuleuse. L'observation nous paraît très-exacte, mais à la condition de l'appliquer à un tout autre objet ; car, dans le *prurigo vrai*, les papules précédent toujours la démangeaison, tandis que dans le *prurit cutané*, affection nerveuse de la peau (et qui n'a aucun rapport avec celle que nous étudions ici), le prurit survient d'abord, puis le grattage, lequel détermine secondairement les lésions cutanées.

Cette distinction entre le purit cutané (hyperesthésie de la peau) et le prurigo est d'autant plus fondée que la première affection s'observe dans des états très-différents et ne s'accompagne jamais des modalités cutanées qui sont caractéristiques du véritable prurigo.

Suivant Alibert, le prurigo serait une affection héréditaire ; Er. Wilson l'attribue à la faiblesse du système nerveux. D'a-

près M. Devergie, c'est dans la misère, la malpropreté et les chagrins qu'il faudrait rechercher les causes de cette affection. Il se relierait également au tempérament sanguin ou lymphatico-sanguin; les mauvaises conditions hygiéniques, une alimentation excitante, épicée, l'abus des liqueurs, les excès de tout genre, un travail excessif, les veilles, etc., ont été successivement donnés comme les causes du prurigo.

Le prurigo, ainsi du reste qu'il en est d'autres affections cutanées, tiendrait, d'après le professeur Hebra, exclusivement à une irritation mécanique des papilles. A l'appui de cette théorie, l'auteur fait observer que, dans les manifestations cutanées des exanthèmes, de la syphilis et de la scrofule, il n'y a pas de démangeaison ou du moins si elle existe ce n'est jamais qu'accidentellement et à un degré léger, tandis que les lésions de la peau qui résultent de la présence de parasites ou d'irritants mécaniques s'accompagnent d'un violent prurit.

Enfin, remarquant que le prurigo est aussi fréquent sur des personnes fortes, robustes et bien portantes que chez des individus affaiblis, émaciés et cachectiques; considérant, d'autre part, que si le prurigo affecte des sujets dyscrasiques, on le voit tout aussi souvent dans des conditions opposées, l'auteur rejette toute influence diathésique, constitutionnelle, comme cause productive.

Nous ne saurions accepter cette théorie mécanique de l'origine du prurigo, et, au nombre des arguments que nous lui opposerons, il en est que nous emprunterons à Hebra lui-même.

Cette affection, dit quelque part, p. 699, cet éminent dermatologiste, s'observe presque exclusivement chez des sujets pauvres, chez ceux qui sont mal nourris dans leur enfance, et par conséquent le plus souvent chez des enfants trouvés et chez ceux des mendiants... Ceux qui ont toujours été convenablement nourris suivant leur âge sont très-rarement atteints de prurigo.

Or, le prurigo est en effet sensiblement plus fréquent chez les enfants dont une alimentation insuffisante, un logement insalubre, un travail excessif, l'onanisme, quelques maladies générales ont altéré la nutrition ; il est notoire qu'on en voit moins de cas en ville que dans les hôpitaux, mais d'autre part cette cause ne suffit pas absolument pour rendre compte de toutes les variétés de prurigo.

C'est un fait bien avéré que, sur cinq ou six enfants d'une même famille, nés et vivant dans des conditions hygiéniques identiques, offrant des antécédents d'allaitement et de santé entièrement pareils (enfants de 5 à 6 ans, d'ailleurs, âge où l'influence morale n'existe pas, ne saurait être invoquée), on en voit un ou deux seulement être atteints de prurigo, les autres en demeurant exempts.

Il est donc évident qu'une cause interne préside au développement du prurigo : vu le très-jeune âge des sujets (d'après Hebra, il se manifeste ordinairement pendant l'enfance), il est permis de supposer que cette cause est congénitale ; enfin on est conduit par là à se demander si cette cause ne serait point l'hérédité (ainsi que l'avait déjà admis Alibert), influence qui s'exerce, dans la même lignée, sur tel ou tel enfant, suivant qu'il participe plus ou moins de la constitution de son père ou de celle de sa mère, ou qu'il est né pendant que celle-ci ou celui-là se trouvaient dans telles ou telles conditions temporaires de santé.

Pourquoi encore cette cause interne ne serait-elle pas la dartre qui joue aussi un rôle incontestable dans la production de certaines variétés de l'eczéma et du psoriasis ? Pour ne parler en ce moment que du prurigo, en quoi répugne-t-il d'admettre que des parents vivant habituellement dans des logements insalubres, adonnés à l'abus des liqueurs alcooliques, à un régime excitant, à des excès de tout genre, à un travail excessif etc., procréent des enfants entachés de maladies diathésiques, procréent dans un cas des enfants rachitiques,

dans un autre des tuberculeux, dans un troisième des rejetons atteints de prurigo? Ne voit-on pas fréquemment, dans une famille composée de plusieurs enfants, un d'une belle santé mais envahi par un psoriasis ou un prurigo, un autre souffrant de douleurs névralgiques, de migraines etc., un troisième avec des manifestations du côté des bronches, du poumon ou des ganglions lymphatiques? Est-ce que les maladies des parents, leurs excès, ne sont pas toujours une cause directe de maladie pour les enfants, n'entraînent pas au moins une dépression de l'organisme qui doit favoriser l'apparition chez ces derniers de lésions constitutionnelles, rebelles souvent à toute intervention thérapeutique?

Eh bien! si, au sein de ces transmissions occultes, complexes, venant de toute date et de toute origine, l'élément dartreux figure, à un dégré quelconque, dans l'apport de celui des ascendants plus ou moins éloignés qui se trouve avoir *doté* de son cachet tel des enfants, celui-là aura un prurigo, tandis que les autres payeront à l'hérédité un tribut différent.

Traitement. — La première indication étant de supprimer les causes qui l'ont engendré ou l'entretiennent, il faut, pour le prurigo scabiei, détruire l'acarus (voy. l'article gale). J'en dirai autant du prurigo pedicularis, qui réclame le traitement de la phthiriase.

Dans le prurigo partiel, notamment dans celui du pourtour de l'anus et des parties génitales (*P. scroti*, *podicis*. *P. vulvæ*), la médication topique mérite une préférence presque exclusive.

En première ligne se placent les solutions de sublimé qui ont été très-recommandées par M. Hardy. Mais ce précieux remède étant efficace, impuissant, ou préjudiciable, selon la manière dont il est employé, il faut entrer dans quelques détails.

Je formule :

Eau distillée.	100 grammes.
Sublimé.	1 »
Alcool.	5 »

Une cuillerée à café de cette solution, dans un verre d'eau tiède, pour une lotion qu'on renouvelera plusieurs fois chaque jour. Il faut qu'il résulte de ces lotions (faites sans frotter) une cuisson à peine sensible. Ce n'est qu'à cette condition qu'elle soulage.

Au bout de quelques jours, si l'effet sédatif reste incomplet, ou si après avoir d'abord été complet il se dément, on met deux, puis trois cuillerées, selon le besoin. Si, au contraire (ce qui arrive souvent, vu l'impatience des malades), la dose, portée d'emblée trop haut, a déterminé une vive irritation, suspendez la médication, laissez la phlegmasie artificielle s'apaiser, puis ne recommencez qu'à beaucoup plus petite dose, sauf à l'augmenter ensuite graduellement. (Diday).

Outre les lotions au sublimé nous recommanderons encore celles avec l'eau alunée, l'eau blanche (1 gramme sur 3 à 400 grammes d'eau), l'eau vinaigrée, l'eau de goudron, les cautérisations tous les trois ou quatre jours avec une solution de nitrate d'argent au dixième ou au cinquième et même le crayon de pierre infernale (Devergie), des solutions de chloroforme, d'éther, de l'iode, etc.

Le docteur Barosh a guéri en un mois un prurigo scrotal et inguinal, très-douloureux et très-ancien, par des compresses imbibées de la solution suivante :

Iode.	0,75 centigr.
Iodure de potassium.	0,40 »
Eau distillée.	150 gram.

Faites dissoudre, ajoutez alcool rectifié, 30 grammes, mêlez exactement par agitation.

Le médicament était employé pendant plusieurs heures

matin et soir, et chaque jour notre confrère prescrivit un grand bain émollient.

On pourra aussi employer des pommades au goudron, à l'huile de cade, au précipité blanc, à l'oxyde de zinc, etc.. mais d'une manière générale elles réussissent moins bien que les solutions aqueuses.

Toutefois M. Bazin a obtenu de bons résultats de la pommade sédative suivante :

Axonge..	30 grammes.
Morphine.	0,05 à 0,10 centigr.

Dans le prurigo *podicis*, nous nous sommes toujours bien trouvé de l'emploi des douches en arrosoir à une température assez élevée (35° à 40° centigrades), et pendant une durée assez longue — 8 à 10 minutes, — répétées tous les jours ou tous les deux jours. Elles sont en général bien supportées et amènent rapidement par leur action modificatrice une certaine atténuation des démangeaisons. Nous les préférons de beaucoup aux douches et aux lotions froides qui procurent, il est vrai, un soulagement marqué au moment où on les emploie, mais provoquent habituellement une réaction fâcheuse.

Les eaux sulfureuses ou salines, en raison de leurs propriétés légèrement caustiques, me paraissent devoir mériter la préférence dans ces cas.

A propos du prurigo de l'anus M. Devergie fait remarquer que souvent cette variété se relie, sinon à la phthisie directement, au moins à des *poitrines délicates*, et dans plusieurs cas il a eu à rechercher si une guérison des lésions anales n'avait pas contribué au développement d'accidents pulmonaires graves, tels que des hémoptysies[1]. Aussi cet auteur prescrit-il toujours, durant le traitement externe, l'usage de l'huile de foie morue associé au sirop sulfureux.

[1] On peut se demander si, dans ces cas de répercussion dangereuse, le prurigo anal n'était pas symptomatique d'une affection hémorrhoïdale mal caractérisée, mais réelle, et dont la suppression a fait tout le mal.

Dans les cas graves, invétérés de prurigo vulgaire, la thérapeutique offre malheureusement peu de ressources, et les moyens les plus actifs, les plus variés, les plus rationnels en apparence, n'amènent le plus souvent qu'un soulagement passager. Mais si nous sommes impuissants à guérir, au moins devons-nous chercher à épargner aux malheureux atteints de prurigo ces atroces tortures qui peuvent conduire à la folie et au suicide.

Les bains émollients, les bains sulfureux, s'ils sont insuffisants pour déterminer la guérison, soulagent cependant toujours les malades. Ceci est vrai surtout des bains minéraux qui provoquent une poussée plus ou moins prononcée. Ces poussées, en quelque sorte substitutives, agissent évidemment ici comme les lotions modificatrices que nous avons indiquées pour le prurigo partiel.

Baerensprung a vanté les bains de sublimé comme pouvant guérir toutes les variétés de prurigo, mais les expériences faites par Hebra ont montré que les résultats ne différaient pas de ceux obtenus avec des bains simples.

D'après l'expérience d'Hebra, tous les remèdes internes sont absolument inutiles contre le prurigo, et, se rangeant entièrement à l'opinion de Rayer, il déclare que « en dehors des modifications particulières que peut réclamer l'état de la constitution dans des cas spéciaux, il faut se borner exclusivement au traitement externe ».

Dans cet ordre de médications, le professeur de Vienne donne la préférence aux onctions, soit avec le savon mou « cure de savon », soit avec la pommade de Wilkinson, modifiée par lui, et dont voici la formule :

Fleurs de soufre.	ãã 180 gram.
Huile de cade.	
Savon vert.	ãã 500 »
Axonge..	
Craie.	120 »

Le malade prend un bain, puis il se met au lit immédiatement après, tout nu entre des couvertures de laine ; il reste ainsi *pendant six jours et six nuits*, sans interruption. Matin et soir on le frictionne vigoureusement sur tout le corps avec une quantité suffisante de la pommade ci-dessus. Cette période terminée, le malade quitte son lit, et reste durant trois jours encore sans faire aucune espèce de traitement, jusqu'à ce que l'épiderme soit en partie tombé ; vers le dixième jour il prend un bain A la suite de cette médication, le prurigo, s'il est léger, sera complétement guéri ; si l'on a affaire à un cas grave il se produira toujours une amélioration notable.

Quelque désagréable qu'il soit, ce traitement est toujours facilement supporté, parce que pendant toute sa durée le malade n'éprouve pas de démangeaison et peut reposer tranquillement ; aussi la plupart des patients s'y soumettent-ils volontiers une seconde et même une troisième fois. Néanmoins tous les malades ne peuvent pas consacrer des journées, des semaines entières à un traitement.—Hebra, après avoir employé, pendant les huit ou dix premiers jours, la méthode ci-dessus, prescrit ensuite chaque soir un bain sulfureux ou de goudron d'une ou deux heures chaque jour ou une friction avec une pommade de composition analogue.

En dehors des agents externes on a préconisé contre le prurigo une foule de remèdes internes ; et d'abord les narcotiques et les antispasmodiques, dans la pensée de calmer l'excitation nerveuse et les démangeaisons : l'opium, la belladone, le chloral, l'aconit, le bromure de potassium, le camphre, l'oxyde de zinc, etc..., mais les résultats ne paraissent pas avoir répondu à l'attente des malades et des médecins. Ces préparations procurent bien au début un certain soulagement en ce sens qu'elles rendent, momentanément au moins, le sommeil à des malheureux qui depuis longtemps en étaient privés, mais elles ne sauraient, on le comprend, agir d'un

manière efficace sur la cause morbide, qui, au bout d'un certain temps, fait de nouveau sentir ses aiguillons. Du reste, ce sommeil n'amène pas toujours l'amélioration sur laquelle on pourrait être en droit de compter, puisqu'il n'est pas toujours un obstacle aux grattages, lesquels sont une des causes les plus actives d'aggravation de la lésion cutanée.

Les émissions sanguines (générales ou locales) conseillées par Rayer, Hunt, E. Wilson, etc..., peuvent, dans des cas exceptionnels, avoir une certaine utilité chez des sujets jeunes et pléthoriques ; mais elles sont presque toujours complétement impuissantes à modifier la marche du prurigo. Elles seraient même directement nuisibles chez les sujets anémiés, cachectiques, état assez commun chez les prurigineux ; nous ne saurions donc trop conseiller de ne les prescrire qu'après un examen attentif du cas.

Quant à l'arsenic, dont M. Hardy a obtenu un effet curatif réel chez quelques sujets, il a paru agir à la fois comme antispasmodique et comme modificateur cutané. Nous croyons, en effet, qu'à ce double titre, il sera toujours sage d'y avoir recours, surtout si l'on est disposé à admettre comme nous la nature herpétique, dartreuse du prurigo.

Si, d'autre part, on a constaté que le prurigo existe chez un sujet arthritique, il est évident que dès lors, tout en employant la médication locale, — indispensable dans tous les cas, — on devra concurremment prescrire les alcalins. Si l'on a affaire à un sujet scrofuleux, il faut agir tout comme si l'on était en présence d'enfants ou de vieillards affaiblis, anémiés, et prodiguer les anti-strumeux, les toniques et les reconstituants. Nous ne saurions trop insister sur cette vérité, banale à force d'être vraie : à côté de la maladie il y a le malade.

Selon M. Devergie, le prurigo papuleux serait d'autant plus facile à guérir qu'il est accompagné du développement d'un plus grand nombre de papules. D'après cet auteur, en effet.

des bains sulfureux tous les deux jours et des onctions avec la pommade suivante :

Axonge.	30 grammes.
Carbonate de potasse ou de soude. .	0,50 cent. à 3 gram.
Fleur de soufre.	1 à 6 grammes.

donneraient des résultats si rapides et si complets, que, dans beaucoup de cas, on n'aurait, dit-il, que la crainte de guérir trop vite !.... Il est évident que, entre le savant médecin de l'hôpital Saint-Louis et les auteurs qui considèrent le prurigo comme incurable, il doit y avoir un malentendu et qu'il ne saurait être ici question de la même maladie.

Le prurigo tel que nous avons eu l'occasion d'en rencontrer quelques cas, remontant à la première enfance, nous pourrions dire congénital, — les malades disant l'avoir toujours eu, — la peau toute entière étant profondément modifiée dans sa structure et dans son aspect par la présence de nombreuses papules recouvertes de croûtes noirâtres, sillonnée d'excoriations profondes, brunâtres, de taches pigmentaires foncées, etc...., ce prurigo, dis-je, ne se modifie pas sous l'influence de quelques bains et d'une pommade sulfo-alcaline. Et surtout — ne le guérissant, hélas ! presque jamais — on n'a pas à redouter de le guérir trop vite.... Il y a pour cela de trop bonnes raisons !

Nous sommes donc disposés à croire que cette forme du prurigo papuleux généralisé, dont parle M. Devergie, est celui qui, né avec la gale, disparaît ensuite facilement par le traitement qui a guéri celle-ci. Remarquez, en effet, que la pommade dont M. Devergie obtient de si beaux succès est justement, dans sa composition et pour ses doses, la pommade d'Helmérich, le remède classique, populaire de la gale. Du moins est-ce une hypothèse que nous émettons ici, car nous ne saurions apporter trop de réserve quand il s'agit de discuter l'assertion précise d'un de nos plus judicieux confrères.

Ce n'est du reste pas la seule occasion où nous aurons à constater les divergences profondes qui existent entre les appréciations des dermatologistes.

TUBERCULES

LUPUS

Par ce nom bizarre on désignait autrefois en masse toutes les lésions qui détruisent la peau. Aujourd'hui on le réserve en général pour certaines affections ulcératives et rongeantes du derme, qui paraissent être de nature scrofuleuse ou coïncider avec une constitution scrofuleuse. Cette distinction, que je devais formuler dès l'entrée en matière, pose immédiatement une question fondamentale. Le lupus est-il une dermatose essentiellement, exclusivement scrofuleuse? Ou bien, à côté des cas se rattachant évidemment à cette diathèse, en existe-t-il d'autres dans lesquels la lésion doive être considérée comme idiopathique, en termes plus précis, comme non scrofuleuse? Cette seconde proposition ne me paraît pas douteuse, et l'on rencontre assez fréquemment des individus bien constitués, robustes, ne présentant, n'ayant jamais présenté à un degré quelconque aucun signe de scrofulose et qui cependant sont affectés de lupus.

Quoi qu'il en soit de cette notion étiologique, je désigne sous le terme de *lupus*, non pas une altération toujours et partout identique, mais un groupe d'affections dans lesquelles la lésion initiale peut consister en taches erythémateuses, en pustules, en tubercules, etc., affections constituées par des lésions locales de la peau, indolentes, limitées, siégeant sur un ou plusieurs points du corps, à marche envahissante, et se terminant toujours par une cicatrice déprimée, indélébile.

Le lupus se termine toujours par une cicatrice : c'est là sa

caractéristique essentielle, et que l'on retrouve dans toutes les variétés de cette affection. Mais en dehors de leur signification posthume, comme phénomène ultime, les cicatrices en ont une autre, plus utile peut-être, pour le diagnostic. En effet, quand les cicatrices terminales se sont formées, tout est accompli, le malade n'a plus rien à faire avec le médecin, ni réciproquement.

Mais pendant le cours de la maladie — que, ultérieurement, elle doive ou non guérir — il se fait presque toujours une série de cicatrices. Celles-ci ont pour caractère d'être partielles et de n'être pas définitives. Ainsi, tant que le processus morbide n'est pas radicalement enrayé, on voit, l'un après l'autre, un des points ulcérés se fermer, se couvrir d'un tissu cicatriciel, tandis que d'autres points restent en suppuration, en même temps que le mal progresse et creuse, à côté, de nouveaux ulcères. Et non-seulement d'autres régions voisines peuvent devenir le siége de la maladie qui, pour s'être déplacée, ne perd rien en étendue; mais, même dans ce cas, les cicatrices qui paraissaient le plus solides, sont sujettes à se rouvrir. Il n'y a donc aucun jugement rassurant à baser sur l'aspect d'une cicatrice tant qu'elle n'occupe pas la totalité de la surface malade, et c'est véritablement au pronostic du lupus qu'est applicable la tranchante maxime : tout ou rien.

Mais à côté des caractères généraux du lupus il existe certaines particularités qui appellent une classification contenant des divisions qui correspondent à chacune d'elles. S'il est, en effet, des allures communes à ce groupe de lésions tégumentaires, d'autre part aussi il y a lieu de créer plusieurs genres dans lesquels puissent être comprises les principales formes de l'affection autour desquelles viendront ensuite se grouper toutes les variétés qu'offre l'aspect de l'éruption, soit à son début, soit dans sa marche ultérieure.

On peut ramener les variétés du lupus à deux principales, savoir : le *lupus non ulcéreux* et le *lupus ulcéreux*.

Dans le lupus *non ulcéreux* nous comprenons le lupus érythémateux, le lupus acnéiforme et le lupus tuberculeux superficiel.

Le lupus érythémateux (*érythème centrifuge* de Biett, *scrofulide maligne érythémateuse* de M. Bazin, *scrofulide érythémateuse* de M. Hardy, etc.) consiste en taches en général ovalaires ou arrondies, d'un rouge foncé, violacé, d'aspect luisant, formant une saillie à peine appréciable au-dessus de la surface cutanée. La rougeur disparaît à la pression, mais elle reparaît immédiatement dès qu'on enlève le doigt. Ces taches ont, au début, la dimension d'une pièce de vingt à cinquante centimes ; elles peuvent rester ainsi longtemps stationnaires ; d'autrefois elles augmentent d'étendue et finissent par envahir successivement la région entière.

Toutes les causes d'excitation générale ou locale augmentent, momentanément du moins, l'intensité de leur coloration. Au-dessous de cette rougeur il existe souvent une légère infiltration, ou induration des tissus sous-jacents. Sur ces taches il se forme de petites squames épidermiques, minces, très-adhérentes.— Quand la guérison a lieu, la coloration pâlit d'abord au centre, et, par suite d'une résorption interstitielle, il se produit une cicatrice déprimée et indélébile qui occupe toute la surface primitivement malade, quoiqu'il n'y ait pas eu d'ulcération. Dans quelques cas cependant il survient de légères ulcérations.

Le lupus érythémateux s'observe presque toujours à la face, sur les joues, sur le nez, au cuir chevelu ; on le rencontre aussi, mais plus rarement, aux mains, aux doigts et aux orteils.

Les dermatologistes allemands ont décrit une autre variété de cette forme, et qui mérite bien plutôt le nom de *lupus acnéique* sous lequel l'a désignée M. Hardy ou ceux de *lupus acnéiforme* ou d'*adénome lupiforme*, proposés par le docteur Tilbury Fox. C'est la *séborrhée congestive* d'Hebra, l'*erythema lupinosum* de Veiel ; le *lupus seborrhagicus* de

Volkmann, etc. Elle a les mêmes caractères initiaux, la même marche et la même terminaison que la forme précédente; seulement, ici le processus morbide débute par les follicules sébacés et gagne ensuite les parties adjacentes (caractère essentiel de cette variété).

Ce sont encore des plaques rouge foncé, légèrement saillantes, dont le centre un peu déprimé correspond à l'orifice d'un follicule pileux. De la face inférieure des squames qui recouvrent ces taches partent de petits prolongements épidermiques qui pénètrent dans le follicule dilaté (Hebra). Le liséré périphérique de ces taches est formé par un rebord rouge, saillant. Au bout d'un certain temps les plaques s'accroissent par leur circonférence; souvent deux ou plusieurs se réunissent en une plaque d'étendue variable. Le centre de ces espèces de disques lupeux est déprimé, la surface est d'un blanc brillant, cicatriciel; elle est recouverte tantôt de petites squames minces, sèches, parfois brillantes comme de la graisse, tantôt de croûtes d'un brun jaunâtre.

C'est à la figure que l'on rencontre le plus habituellement ces plaques de lupus érythémateux acnéiforme. Il en existe aussi aux oreilles, sur le cuir chevelu où elles forment des taches arrondies, chauves, sur lesquelles on aperçoit les follicules dilatés et remplis de sebum; plus tard ils disparaissent dans le travail de cicatrisation (Neumann). Après une durée plus au moins longue, ces plaques laissent toujours, elles aussi, une cicatrice déprimée bien qu'il n'y ait eu d'ulcération à aucune période de leur existence.

Pour Rindfleisch, le lupus érythémateux est un adénome des glandes sébacées; toutes les nodosités lupeuses ont toujours, dit-il, dans cette variété de lupus, une structure acineuse. Il est toutefois difficile de concilier cette assertion avec certains faits dans lesquels on a rencontré le lupus érythémateux à la paume de la main où n'existent pas de glandes sébacées.

Quant au *lupus tuberculeux superficiel*, non ulcéré, il se présente sous la forme de nodosités cutanées, en général arrondies, isolées ou confluentes, et, dans ce dernier cas, se réunissant pour constituer des groupes plus ou moins considérables. Leur volume varie entre celui d'une petite lentille et celui d'une olive ; leur base est plus ou moins enfoncée dans le tissu cutané ; aussi la saillie qu'elles font à la surface de la peau ne donne-t-elle pas toujours une idée exacte de leur grosseur réelle. Parfois même, à leur début, elles ne sont appréciables qu'au toucher. Leur face supérieure est d'un rouge livide, tantôt unie, lisse, luisante, tantôt recouverte de petites squames épidermiques ou de croûtes peu épaisses. Ces tuméfactions ont une dureté rénitente, élastique ; elles ne sont douloureuses ni spontanément, ni à la pression, leur rougeur ne cède que momentanément sous le doigt. Elles apparaissent par poussées successives ; aussi, sur une même plaque lupeuse, trouve-t-on des nodosités aux différentes phases de leur évolution. Ces poussées viennent à intervalles variables, sans cause appréciable, mettent souvent un temps considérable à se produire ; elles ont, en général, lieu à la périphérie de l'éruption primitive mais parfois se font sur des parties jusque-là indemnes. Elles s'observent surtout à la face.

Le lupus tuberculeux non ulcéreux a une marche essentiellement chronique ; son évolution peut souvent se prolonger pendant un nombre indéfini d'années, sans amener le plus léger trouble apparent dans la santé générale.

La plupart du temps, après une durée très-variable, les nodosités lupeuses s'affaissent, se flétrissent, perdent leur teinte rouge ; la peau, primitivement tendue, se plisse, s'exfolie en lamelles épidermiques, et le lupus disparaît ainsi graduellement par résorption interstitielle des tissus, en laissant toujours après lui une cicatrice déprimée et indélébile.

D'autres fois, les nodosités lupeuses s'accompagnent d'un

processus ulcératif, constituant alors le *lupus ulcéreux*. Dans ce cas, après un temps variable, on voit les saillies cutanées se ramollir, se désagréger, se recouvrir de croûtes brunâtres, épaisses, adhérentes. Au-dessous se trouvent des ulcères phagédéniques, plus ou moins profonds, à bords irréguliers, nettement délimités ; tantôt durs, renversés en dehors, douloureux ; tantôt mous, aplatis; d'autres fois, enfin, la peau qui entoure l'ulcération lupeuse est amincie, plus ou moins décollée et d'un rouge violacé livide. La surface de l'ulcère est souvent anfractueuse, inégale, recouverte de granulations molles, fongueuses, saignant facilement au moindre contact, recouvertes d une sanie ichoreuse, fétide, ayant tous les caractères d'un pus de mauvaise nature.

Ces ulcères prennent, dans certains cas, une marche envahissante par suite de l'apparition de nouvelles nodosités qui suivent la même marche que les premières, et on voit alors de vastes ulcérations lupeuses qui envahissent successivement toute une région du corps.

D'autres fois aussi, d'autres groupes de nodules, également ulcérés, se rencontrent et se réunissent avec les premiers, et, dans ce cas, forment ce qu'on a appelé le *lupus serpigineux*.

Dans d'autres circonstances, au contraire, l'effort destructif de la maladie se fait surtout en profondeur ; alors le tissu cellulaire, les cartilages, les os, sont envahis et disparaissent réellement, comme sous la dent d'un loup ou sous une influence corrosive. Les croûtes qui recouvrent les ulcérations sont épaisses, dures, adhérentes, d'une coloration brun foncé, très-souvent noires par suite d'une extravasation sanguine. De là ces mutilations affreuses, repoussantes, et surtout ces perforations que l'on remarque si souvent, soit entre les narines, soit entre la bouche et les fosses nasales, perforations qui constituent l'une des plus terribles conséquences auxquelles puisse conduire cette affection, — *lupus vorax*.

Parfois les nodosités lupeuses sont molles, aplaties, repo-

sant sur une base large, infiltrée ; les bords sont bien limités. Cet état prend quelquefois un développement considérable : on l'observe surtout à la face, notamment aux joues et au nez; on le rencontre aussi aux membres inférieurs. Quand les joues sont le siége de cette espèce d'engorgement lupeux, elles deviennent tuméfiées, saillantes, et donnent à la face un aspect étrange, repoussant, — *lupus hypertrophique.*

Sous le nom d'*esthiomène de la région vulvo-anale*, M. Huguier a parfaitement décrit le lupus de l'appareil génital, localisation assez rare, d'ailleurs, et que jusqu'ici, croyons-nous, on n'a rencontrée que chez la femme, et surtout chez les femmes de la basse classe, vivant dans une misère crapuleuse et dans un manque absolu de soins de propreté ; aussi, d'après MM. Huguier et Bernutz, doit-on considérer tous les écoulements plus ou moins irritants qui viennent souiller la région génitale comme des causes occasionnelles de l'apparition du lupus dans ces points.

L'esthiomène ou lupus génital peut offrir diverses formes, décrites ci-dessus. Parfois il détruira les tissus en surface, s'étendant par sa marche graduellement envahissante sur toute la région vulvo-anale et même gagnant les parties voisines : le pli génito-crural, les cuisses, le bas-ventre, etc., — *esthiomène superficiel, serpigineux* (Huguier). D'autres fois l'ulcération s'étend, au contraire, en profondeur, — *esthiomène perforant* (Huguier).

L'ulcération, dans ce cas, s'enfonce, dit M. Bernutz [1], « le long d'un et quelquefois simultanément de deux des trois conduits naturels : urèthre, vagin, rectum, qui s'ouvrent dans la région vulvo-anale. Elle les décolle plus ou moins profondément, dans une plus ou moins grande étendue de leur pourtour, et porte atteinte à leur continuité par des perforations, mais surtout par un rétrécissement plus ou moins

[1] Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, tome XIV, page 125.

marqué, qu'elle détermine constamment et qui vient, dans certains cas, entraver d'une manière plus ou moins marquée leurs fonctions. »

Enfin, le lupus génital peut revêtir le caractère hypertrophique, soit qu'il se produise sous la forme de végétations mamillaires, d'un rouge violacé, luisantes, formant, quand elles sont confluentes, une espèce de tumeur framboisée, — *esthiomème végétant;* — soit que, sous l'influence d'une stase veineuse ou lymphatique, due à des érysipèles répétés, à des phlébites, à des angioleucites (Huguier), il se développe une induration et un épaississement des tissus qui se transforment en véritables tumeurs, lesquelles peuvent atteindre parfois un volume assez considérable, notamment aux grandes lèvres, qui prennent alors un aspect éléphantiasique.

Lupus des muqueuses. Il peut coexister avec le lupus cutané, — lupus de la face, — ou bien exister isolément.

D'après M. G. Homolle[1], « sur 59 faits de lupus recueillis par M. Lailler chez 12 malades, bien que l'affection remontât parfois à 15 et 17 ans, l'absence de toute lésion des muqueuses est expressément constatée ; sur 29 autres, aucune altération n'est signalée ; 13 sujets avaient des lésions plus ou moins graves ; 6 avaient seulement des modifications très-minimes de la muqueuse buccale ou pharyngienne. »

Quant au lupus érythémateux, il n'envahit les muqueuses que dans des cas très-exceptionnels. M. Bazin et M. Homolle n'en citent que trois cas.

Les lésions lupeuses de la bouche et de la gorge, qui accompagnent le lupus de la face, peuvent se manifester sous différents aspects. M. le docteur G. Homolle décrit avec le plus grand soin les modifications que la muqueuse bucco-pharyngienne présente dans le cinquième environ des cas de lupus de la face. Cette muqueuse, siége d'une rougeur érythé-

[1] *Des scrofulides graves de la muqueuse bucco-pharyngienne*, pag. 14.

matique, vineuse, violacée, livide, est boursouflée, tuméfiée, recouverte en quelques points de granulations miliaires; dans d'autres, de plaques blanchâtres, semblables à des cicatrices. Les glandes labiales sont souvent tuméfiées et donnent, au toucher, la sensation de noyaux saillants, coniques, durs. Les lèvres supérieure et inférieure prennent parfois un développement considérable, la lèvre inférieure paraît renversée, pendante; elle est épaissie, rénitente au toucher (Hebra). Quelquefois il se développe des excroissances mamelonnées, saignant facilement au plus léger contact. La muqueuse est aussi souvent le siége d'excoriations ou de véritables ulcérations. Les ulcérations bucco-pharyngées, dit M. Homolle[1], sont, chez les individus atteints de lupus facial, remarquablement atoniques et torpides. « Larges ou limitées à une petite surface, elles sont peu profondes, de niveau avec la muqueuse qui les entoure; parfois, cependant, elles semblent déprimées, à cause de la tuméfaction des parties périphériques. La zone qui les entoure est d'un rouge violacé ou a conservé sa teinte normale; leur fond jaunâtre, uni, sans saillies bourgeonnantes, semble revêtu d'une couenne coriace à peine humide; on en a comparé l'apparence à celle du mastic, du tissu adipeux. »

Les gencives participent toujours à l'inflammation lupeuse des lèvres et de la bouche. Elles sont ramollies, boursouflées, saignent facilement; il existe des granulations fongueuses, des ulcérations; les dents se déchaussent et, chez quelques malades, finissent par tomber.

Sur le voile du palais, la muqueuse est érodée, excoriée, granulée; on y remarque des ulcérations plus ou moins étendues, qui forment souvent de véritables perforations. Ces ulcérations envahissent fréquemment le rebord du voile du palais, la luette, les piliers antérieurs et les piliers postérieurs, qui, plus

[1] *Loc. cit.*, pag. 25.

tard, se soudent à la paroi postérieure du pharynx (Hebra).

M. G. Homolle a constaté la fusion d'un des piliers postérieurs, tuméfié et granuleux avec la portion contiguë de la muqueuse laryngée. La luette est alors fréquemment détruite par le processus ulcératif, ou bien il n'en reste qu'un petit appendice verruqueux.

Les cicatrices qui succèdent à ces ulcérations n'ont rien de particulier ; elles sont, en général, d'un blanc opalin, brillant. On rencontre aussi, dans le lupus de la muqueuse pharyngienne, ces cicatrices radiées, qui ont été décrites comme survenant également à la suite des ulcères syphilitiques et scrofuleux de cette région.

Les lésions bucco-pharyngiennes concomitantes du lupus de la face, que nous venons d'indiquer, peuvent aussi se développer primitivement sur la muqueuse de la bouche et du pharynx. D'après les recherches de M. Homolle, elles se montreraient alors sous deux formes principales : l'érosion progressive et l'ulcère perforant.

Le lupus des muqueuses, présentant ce caractère d'indolence que nous avons déjà signalé dans le lupus cutané, fait que, notamment dans le lupus primitif de la gorge, le début du mal passe presque toujours inaperçu. Quand les malades viennent vous consulter, les altérations sont, en général, très-avancées. Ce sont surtout le voile du palais et les piliers qui sont le siége de ces exulcérations, de ces érosions que M. Homolle a si bien décrites sous le nom d'érosion progressive. « Les surfaces affectées, dit cet auteur, ne restent pas égales et lisses, mais dans une étendue variable se couvrent de petites éminences, tantôt sous forme de gonflement un peu inégal, tantôt constituant de simples élevures peu saillantes ; ou, enfin, l'apparence mamelonnée devenant plus distincte, il semble qu'on reconnaisse d'une façon plus évidente des éléments tuberculeux cohérents. Au fond du pharynx, on trouve le même état mamelonné. Dans ces points qui sont en

voie de destruction, la perte de substance se fait suivant une direction régulière, progressivement, parallèlement au bord libre du voile, par exemple, ainsi que procède un lupus qui échancre peu à peu l'une des narines[1]. »

Le voile du palais, attiré en dedans et en arrière, s'accole à la muqueuse pharyngienne ; il forme alors un rideau transversalement tendu d'avant en arrière ; il ne reste entre lui et la paroi postérieure qu'un orifice dont le diamètre peut ne pas dépasser celui d'une plume d'oie ou s'effacer même complétement ; les fosses nasales n'ont plus alors de communication avec la gorge (Homolle). En même temps, il se produit des perforations plus ou moins étendues. L'inflammation s'étend parfois à l'épiglotte et aux cordes vocales ; ces parties sont rouges, tuméfiées, granuleuses, excoriées ; sur la face supérieure et sur le bord libre de l'épiglotte, on aperçoit de petites ulcérations. Dans ces cas, il y a toujours de l'enrouement, quelquefois même une aphonie complète.

Le lupus est une affection chronique à marche lente et envahissante. Il peut mettre parfois plusieurs années pour atteindre la largeur de la paume de la main. Rien de plus capricieux, du reste, que son développement, que ses reprises parfois si inattendues après un long temps de calme. Il n'a que peu de tendance à la cicatrisation, et les guérisons spontanées sont très-rares.

Les malades conservent, en général, tous les attributs de leur santé habituelle, et l'on voit fréquemment des individus dont la figure a été rongée, dévastée pendant quinze ou vingt ans, sans que, à aucune époque, il se soit produit un retentissement fâcheux appréciable sur l'organisme. Toutes les fonctions s'accomplissent régulièrement, la nutrition et l'assimilation ne paraissent modifiées en aucune manière. En un

[1] *Loc. cit.*, pag. 45.

mot, on ne constate chez les personnes atteintes de lupus, et même des formes les plus graves de cette maladie, aucunes altérations, aucuns changements organopathiques généraux dignes d'être notés, et qui soient en rapport avec la nature et la ténacité des lésions cutanées.

Généralement le lupus se limite à son siége de prédilection habituel, à la face, notamment au nez et aux pommettes (régions malaires).

Quelle est la raison de cette regrettable préférence ? Faut-il l'attribuer, comme l'a pensé M. Horand, à la structure anatomique de ces parties ? La peau du nez, en effet, est mince, fine, très-vasculaire, et les vaisseaux lymphatiques sont peu nombreux sur ses faces latérales, « conditions éminemment favorables, dit cet auteur, à la congestion et à la stase sanguine d'abord, puis à l'exsudation morbide et à l'abaissement de la nutrition, c'est-à-dire au développement du lupus. De plus, le nez est exposé à subir toutes les influences, de nature variable, propres à produire des altérations vasculaires, telles que changements de température, excoriations, etc. »

Ces explications ont sans doute quelque fondement, mais elles pourront paraître insuffisantes tant que, ignorant la véritable nature du lupus, l'observateur sera hors d'état de contrôler les prédispositions anatomiques à cette maladie par les tendances pathogénétiques qui lui sont propres.

En outre, si ces conditions de structure jouaient en réalité le rôle que leur assigne M. Horand, il n'échappe à personne que, dans l'immense variété que la nature étale à nos regards, il y aurait des nez privilégiés, des textures nasales dont l'examen pourrait, *à priori*, y faire considérer l'invasion du lupus comme plus probable que sur d'autres. En est-il ainsi? Nous ne le croyons pas.

Les conséquences que détermine le lupus varieront, comme on le pense bien, suivant les régions atteintes ; nous ne parlons pas ici des cicatrices en tant que résultat final de la ma-

ladie, mais des suites de certaines pertes de substance, des saillies blanches et plissées, par exemple, ou des adhérences qui peuvent défigurer ceux qui en sont atteints et apporter une gêne sérieuse aux fonctions de quelques organes.

Ainsi, on voit souvent, comme résultats consécutifs de la présence antérieure d'un lupus, un nez pointu, aminci, effilé, comme « usé », dont les orifices rétrécis laissent à peine passage à l'air ; d'autres fois, tous les cartilages ont été détruits, et le nez a l'air d'avoir été coupé à sa racine. Aux lèvres, il peut en avoir détruit une portion notable et déterminer une coarctation de l'ouverture buccale aussi disgracieuse qu'incommode. Aux joues, outre les cicatrices profondes qu'il taille dans les parties molles et l'absorption du tissu cellulaire de cette région, s'il a atteint la paupière inférieure, il peut ou l'entraîner dans une cicatrice déterminant ainsi un ectropion, ou provoquer la destruction, soit partielle, soit totale, de ces deux voiles membraneux, et occasionner ainsi la perte presque complète de la vue et un écoulement lacrymal continu sur les joues, sécrétion dont l'action, corrosive à la longue, trace sur les tissus cicatriciels deux lignes rougeâtres qui causent au malade les plus vives souffrances. S'il gagne, d'autre part, les régions sous-maxillaire et sternale, il se produit des cicatrices, des adhérences et des rétractions, origine des difformités les plus pénibles. Il en est de même des brides cicatricielles qui, dans le lupus des membres, se forment au voisinage des articulations.

Étiologie. — Causes prédisposantes. D'après nos recherches dans les divers traités de dermatologie et les résultats assez nombreux de notre expérience personnelle, il nous parait démontré que le lupus s'observe plus fréquemment chez l'homme. Quant à la raison de cette différence, elle nous échappe complétement, malgré les hypothèses qui ont été émises sur ce point.

Quant à l'âge, il résulte des recherches faites à l'Anti-

quaille par M. le docteur Horand[1], que le lupus ne se montre guère avant l'âge de cinq ans. Il est rare de dix à quinze ans; mais à partir de cet âge, sa fréquence va en augmentant jusqu'à vingt-cinq ans, puis elle diminue progressivement jusqu'à soixante-dix ans.

C'est aussi entre dix et trente ans qu'apparaissent le plus ordinairement les manifestations de la scrofule ; cette coïncidence a sa signification ainsi que son importance ; nous y reviendrons plus tard.

D'après M. Devergie, le lupus naît plus fréquemment en hiver.

Quant à l'influence de certaines professions ou plutôt l'action de matières pulvérulentes irritantes, telles que celles auxquelles sont exposées les personnes adonnées à certains travaux, les tisseurs, les mineurs, les serruriers, les corroyeurs, etc., assurément l'absence de précautions hygiéniques peut favoriser l'apparition d'eczémas, d'impétigos de la face, mais jamais, que nous sachions, celle du lupus. D'après M. Devergie cependant les enfants qui travaillent les tissus en général, filatures, tissage, etc., y seraient plus disposés que d'autres.

Quant au tempérament, bon nombre de dermatologistes considèrent le lupus comme une manifestation de la diathèse scrofuleuse, une *scrofulide*, selon l'heureuse expression de MM. Bazin et Hardy. Et si, dans un certain nombre de cas, on a trouvé le lupus chez des malades doués d'une bonne constitution, ne présentant et n'ayant jamais eu antérieurement aucun signe de la scrofule, nous croyons que la lésion lupeuse, dans ces cas, résumait en elle toute la diathèse, dont elle constituait cette manifestation que nous spécifierons un peu plus loin.

Quelles sont les causes efficientes du lupus? D'après M. Huguier, les érysipèles et les angioleucites répétées seraient souvent la cause accidentelle de cette affection. Suivant d'autres

[1] *Du lupus*, pag. 47.

auteurs, les coups, les chutes, paraissent en être le point de départ. Le plus souvent c'est un petit bouton accidentel gratté ou écorché par le malade, qui marque l'origine du mal. On comprend que, dans des conditions diathésiques dont nous avons parlé et avec la *vulnérabilité* spéciale des tissus, que ces conditions engendrent, *tout* puisse être considéré comme une cause efficiente, sans qu'il y ait lieu d'en admettre une comme plus particulièrement efficace.

Quelle est la véritable cause du lupus?

Agitée depuis des siècles, cette question, la plus ardue de toutes, n'a pu encore être résolue d'une manière satisfaisante.

Ce ne sont point cependant, comme on le pense bien, les explications ou les théories qui ont manqué, et, dans cette circonstance plus encore que dans toute autre, les idées médicales régnantes ont successivement marqué de leur empreinte les diverses hypothèses émises à cet égard. Plutôt que de les discuter en détail, nous préférons exposer l'opinion que nous a suggérée l'étude très-longue et très-attentive non-seulement des faits bruts, mais des conditions diverses dans lesquelles ils se produisent, et surtout des concomitances morbides qui les accompagnent ou qui, d'autres fois contre toute prévision, font défaut à leur cortége. Voici donc, précédée de son exposé de motifs, l'explication qui nous paraît la seule légitime de la production des diverses variétés de lupus.

Comme on observe assez souvent le lupus chez des sujets qui offrent l'habitus scrofuleux, mais n'ont pas pendant tout le cours de leur existence d'autre lésion réelle de la scrofule; — comme on l'observe également chez des sujets qui, non-seulement n'ont jamais eu aucune autre lésion strumeuse, mais sont doués d'une constitution éminemment sanguine, sans la moindre teinte de lymphatisme, il est permis de se demander pourquoi le lupus a été rangé exclusivement au nombre des maladies engendrées par le vice scrofuleux. Arrêtons-nous sur ce point.

tellement forte que, dans le cas, par exemple, de certains lupus commençants, de l'aile du nez ou de son voisinage, le praticien le plus exercé, s'il s'abstient volontairement de consulter les antécédents et les concomitants, est dans l'impossibilité de porter entre lupus et syphilide un diagnostic dont il soit parfaitement sûr.

Or, en établissant tout à l'heure que le lupus provient d'une espèce particulière de scrofule, je n'ai pas voulu dire qu'il ne peut provenir que de la seule scrofule. L'observation journalière prouve, en effet, que le lupus se rencontre chez des sujets absolument exempts de toute atteinte, ainsi que de toute apparence du vice scrofuleux, soit héréditaire, soit acquis. Quel est donc, chez ces individus, l'état pathologique, la cause à laquelle on peut rapporter l'invasion du lupus?

Eh bien ! sur la foi de l'analogie ci-dessus rappelée, nous nous croyons autorisé à penser que, chez ces individus — comme aussi chez quelques-uns de ceux qui sont en même temps scrofuleux et lupeux, — que, chez de tels sujets, disons-nous, la syphilis joue un rôle réel, quelque voilé qu'il soit dans ses origines : analogie des plus démonstratives, si, à côté des cas de ce genre où l'on a pu constater positivement l'existence de la syphilis chez les ascendants du lupeux, on nous permet d'ajouter ceux dans lesquels, quoique la syphilis n'ait point été reconnue, *il est impossible d'affirmer qu'elle n'existait pas*. Ces quelques mots demandent une explication.

En admettant l'existence de la syphilis, quelle sorte d'influence y a-t-il lieu de lui attribuer dans la production du lupus?... Pas d'autre possible, pas d'autre supposable, n'est-ce pas, qu'une influence tout à fait médiate, essentiellement indirecte ; car, si c'était le sujet lui-même qui eût contracté la syphilis, il en résulterait pour lui des lésions syphilitiques, et non pas un lupus. Si ses ascendants directs, au moment où ils l'ont engendré, avaient l'un ou l'autre une syphilis franche,

ce sont également des lésions syphilitiques et non lupeuses dont il serait, lui, porteur.

Cherchons donc plus haut. Pour que le produit *lupus* soit engendré par l'élément *syphilis*, il faut que cet élément ait été atténué avant d'entrer en action ; il faut que le père ou la mère du sujet lupeux ou quelqu'un de ses ascendants plus éloignés eût eu, au moment de sa procréation, une syphilis à l'état tertiaire, c'est-à-dire arrivée à cette période où, transmise par génération, elle ne peut plus produire, chez l'enfant, disent les auteurs, a dit le premier Ricord, que quelque chose d'analogue à la scrofule.

Eh bien ! *ce quelque chose d'analogue à la scrofule*, n'est-ce pas justement cette *espèce particulière de scrofule* dont nous parlions tout à l'heure ?... Tout l'indique, et la similitude presque absolue d'aspect entre les lésions syphilitiques et lupeuses produites tend à confirmer la presque identité que l'analyse des influences productives autorisait déjà à établir.

— « Mais, dira-t-on, soupçonner, pour les besoins d'une théorie, la syphilis dans tant de cas où rien n'en démontre la présence, n'est-ce pas scientifiquement la plus gratuite comme socialement la plus injurieuse des hypothèses ? » — Oui certes, répondrons-nous, si à la période *où il faut qu'elle soit arrivée pour produire le lupus par transmission héréditaire* la syphilis était visible, reconnaissable, s'accusant par des lésions caractéristiques. Mais, comme il n'en est point ainsi, comme la syphilis, pour être *lupigène*, doit au contraire avoir été assez atténuée, assez altérée, assez défigurée pour être aisément méconnue, même par des médecins ; comme, d'autre part, dans de tels cas, on ne se met jamais à la recherche de la syphilis qu'au moment où l'on constate le lupus chez la progéniture devenue adulte, époque à laquelle toute trace de syphilis a certainement eu le temps de s'effacer du corps et de la mémoire des parents ; comme enfin ce ne serait pas seu-

lement sur les père et mère, mais aussi sur des ascendants plus éloignés, qu'il serait nécessaire de faire porter l'investigation, concluons que le résultat le plus souvent négatif de cette recherche est loin de prouver tout ce qu'il semble contenir, et que probablement il aurait une signification entièrement contraire et éminemment favorable à notre théorie, si l'enquête était faite plus tôt, et surtout si elle ne s'exerçait pas sur des altérations essentiellement méconnaissables de leur nature.

En somme, il nous paraît ressortir de cette étude deux conclusions importantes, savoir :

1° Que le lupus provient de l'une des espèces morbides dont se compose la diathèse scrofuleuse, ou, si l'on aime mieux, d'une espèce particulière de scrofule ;

2° Que, vraisemblablement, l'espèce particulière de scrofule qui résulte de la syphilis tertiaire transmise par hérédité joue un rôle important dans la production de certains cas déterminés de lupus.

On sait que l'influence syphilitique qui s'exerce par hérédité est toujours plus forte chez les aînés, plus forte aussi chez ceux des enfants dont le type[1] rappelle celui du géniteur qui était infecté.

Traitement. — Nom générique de plusieurs espèces morbides distinctes, le mot lupus semble indiquer, mais en réalité il n'implique aucune identité dans la thérapeutique de ses diverses variétés. Il faut donc, en abordant la dernière partie de son histoire, se mettre en garde contre les entraînements où pourrait nous conduire cette dénomination ultra-compréhensive.

Ce n'est pas tout à fait à tort cependant qu'elle fut créée, qu'elle reste appliquée aux différentes espèces d'affections

[1] M. Diday a vu deux jumeaux, fille et garçon, dont l'un (le garçon, ressemblant à son père) mourut au bout de quelques mois, de la syphilis héréditaire, tandis que la fille resta indemne et vit aujourd'hui, saine et robuste.

esthioméniques. Un aspect semblable, des altérations histologiques de même ordre, un élément étiologique constamment présent, quoique son rôle ne soit toujours ni également prononcé, ni également reconnaissable : voilà des caractères qui appartiennent à toutes les modalités de l'affection lupeuse et lui ont valu un nom unique comme une place à part dans le cadre nosologique.

Une pensée juste le plus souvent, mais pour beaucoup de cas insuffisante, a influencé les monographes du lupus. Tous sans exception ils conseillent, recommandent, préconisent avec instance, et comme indication capitale, l'emploi des différents agents antiscrofuleux, tirés soit de la matière médicale, soit de l'hygiène.

Dans le plus grand nombre des cas, je le reconnais, c'est là une base rationnelle et fructueuse de la thérapeutique. Presque tous les lupeux de nos villes, d'abord, sont justiciables de cette médication ; il faut la leur faire suivre avec persistance ; en varier les moyens selon la tolérance gastrique ou constitutionnelle, d'après l'effet produit ou non produit ; — s'adresser autant que possible aux grands modificateurs, tels que bains de mer, stations méridionales, eaux minérales, voyages maritimes, hydrothérapie ; — veiller avec une égale et constante sollicitude à la régulière observance de tout ce qui concerne l'hygiène courante, non-seulement pour l'alimentation, mais pour le sommeil, le vêtement, l'aération, la chaleur et la bonne exposition du logement, la réduction des heures de travail, l'exercice, etc. ; — insister sur la persévérante exécution de ces conseils ainsi que des prescriptions médicamenteuses pendant un temps très-long, et même après que la guérison du mal local a été obtenue et semble radicale.

Les remèdes antistrumeux sont nombreux et le praticien devra, pour leur choix et leur emploi, se décider d'après la susceptibilité spéciale soit du malade, soit du mal. La scrofule n'est pas une et identique : selon sa source particulière et ses

complications fondamentales ou accidentelles, selon qu'elle se teinte d'anémie, de chlorose, d'hyposthénie, qu'elle incline vers la tuberculose ou d'autres dégénérescences, on préférera ou l'on placera au rang principal les toniques nutritifs, les ferrugineux, les alcooliques, les préparations iodurées, etc., tout en se guidant toujours, pour cette option ou ces alternances, non-seulement sur l'amélioration de la constitution qui sera réalisée par ces moyens, mais sur les changements beaucoup plus appréciables et plus importants de l'état local. Ainsi, toutes les fois que l'on sera en présence d'un lupus paraissant se rattacher à la diathèse strumeuse, — ce qui est le cas le plus fréquent, — c'est au traitement général antiscrofuleux, et surtout à l'huile de foie de morue, l'antiscrofuleux par excellence, qu'il faudra tout d'abord s'adresser. Selon M. Devergie, c'est de tous les moyens le plus efficace. Employée seule, indépendamment de toute application externe, elle suffit, dit cet auteur, à la guérison.

Il la prescrit, — et exclusivement l'huile *brune*, — à la dose quotidienne de six à dix cuillerées à bouche en deux fois, matin et soir, en y associant les ferrugineux, l'iodure de potassium et les amers, soit en tisane, soit en vin. « Cette association, dit-il, est une conséquence logique de l'action isolée de chacune de ces substances. Je prescris donc au malade un mélange : 1° d'huile de foie de morue brune ; 2° de sirop composé, dans lequel entrent l'iodure de fer, un excès d'iode, l'iodure de potassium[1] ; 3° de vin de gentiane : le tout

[1]

Iode.	1 »	70, 75 ou 80 cent.
Eau.	6 »	
Limaille de fer non oxydée.. .	40 gram.	

Combinez comme pour la préparation des sirops d'iodure de fer. Dissolvez dans la plus faible quantité d'eau possible :

Iodure de potassium. . . . . 6, 8 ou 10 grammes.

mêlez les deux dissolutions, et incorporez à :

Sirop de sucre.. . . . . 500 grammes.

battu ensemble, et, immédiatement après, une tasse de tisane de feuilles de noyer ou de houblon, par une cuillerée à bouche matin et soir de chacune, en augmentant la dose, seulement de l'huile, tous les trois jours, de manière à arriver, suivant les circonstances de prédominance de symptômes scrofuleux, à huit ou dix cuillerées d'huile au plus. Souvent je m'arrête à six ou huit, moitié le matin, moitié le soir; la dose du sirop et celle du vin restent toujours les mêmes. Je continue à ces doses ces médicaments pendant plusieurs mois; dans les deux premiers mois je ne fais aucune application externe, je me borne à l'usage de bains sulfureux ; une bonne alimentation, de l'exercice, de la gymnastique, s'il est possible, et un travail manuel qui développe la force suivant les positions sociales. »

M. Bazin donne également la préférence à l'huile de foie de morue, qu'il associe au sirop d'iodure de fer. Pour commencer, il prescrit ces remèdes dans des proportions égales et, si le malade tolère l'huile, il en porte graduellement la dose à 2 et 300 grammes par jour, en ne dépassant que rarement 60 à 90 grammes de sirop d'iodure de fer.

Si, cependant, les ulcères des scrofulides malignes prennent un mauvais aspect, deviennent blafards, comme putrilagineux, augmentent d'étendue, répandent une odeur infecte, il faut supprimer l'huile de foie de morue, qui paraît aggraver cet état. Même précaution en cas d'intolérance gastrique.

L'huile de morue est en général mal supportée pendant les chaleurs de l'été : aussi est-on souvent dans l'obligation de la suspendre complétement alors ou d'en diminuer considérablement la dose. Mais, dans ce cas, le mal reste stationnaire, « ce qui montre clairement, ajoute M. Bazin, combien est grande l'erreur de ceux qui prétendent qu'avec de petites doses d'huile de morue on obtient les mêmes effets qu'avec de fortes doses. »

Voici, en somme, comment le traitement est institué : il fait prendre le matin à jeun une tasse de tisane amère —

gentiane ou houblon; — demi-heure ou une heure avant le premier repas, une dose de mélange d'huile de morue et de sirop d'iodure de fer ; une heure avant le dîner, une seconde dose du mélange, et le soir une tasse de tisane amère.

Nous avons reproduit dans les plus grands détails le principal traitement employé contre le lupus par MM. Devergie et Bazin. Quant à nous, conformément à ce qui a été dit plus haut, nous pensons que, le lupus n'étant pas toujours une manifestation de la scrofule, l'huile de foie de morue ne doit pas être employée indifféremment chez tous les sujets, et que, même chez les scrofuleux, il est inutile de la donner à doses aussi élevées : deux à quatre cuillerées dans les vingt-quatre heures sont, selon nous, une dose bien suffisante. A la dose de trois ou quatre cents grammes, voire même de mille grammes par jour, comme le prescrivait M. Emery, l'huile est mal tolérée par l'estomac ; la plus grande partie même n'est pas digérée.

Voici quelle était la méthode de M. Emery[1]. Il commençait en général par la dose de 100 grammes dès le premier jour. « J'augmentais ensuite, dit-il, assez rapidement, de manière à arriver à 500 grammes, dose que je continuais pendant une quinzaine, et que je n'augmentais que si l'amélioration ne se prononçait pas assez vite. Si l'estomac ne supportait pas bien le médicament, je faisais prendre un verre ou deux d'eau de seltz; et j'en suspendais l'usage quand il y avait des vomissements, des évacuations alvines répétées avec coliques, une éruption érythémateuse à la peau, ou une érysipèle sur les parties malades avec fièvre plus ou moins intense. Les accidents apaisés, je recommençais par 100 grammes, et j'arrivais promptement à 700 et à 1000. J'ai traité ainsi *soixante-quatorze* lupus. Je ne dirai pas que

[1] *Mémoire sur le traitement du lupus et spécialement sur l'emploi de l'huile de foie de morue dans cette maladie,* extrait de *la Revue médico-chirurgicale de Paris.*

je les ai tous guéris, mais j'ai amélioré considérablement l'état de la plupart. Vingt-huit sont sortis de mes salles n'ayant plus que les cicatrices des tubercules qu'ils portaient en entrant. Douze sont partis en grande voie de guérison. »

Aux sujets qui ont pour cette huile une répulsion invincible on donnera la teinture d'iode, 3 ou 4 gouttes matin et soir, dans une tasse de tisane amère, ou dans du sirop de Portal ou de gentiane, etc., en élevant graduellement la dose jusqu'à dix et même vingt gouttes par jour en deux fois, ou l'iodure de potassium.

Les préparations iodées m'ont surtout paru indiquées dans les lupus ulcéreux ou lorsque le processus morbide a envahi le tissu osseux. On préfèrera l'iodure de fer ou la liqueur ferro-arsenicale d'Hebra [1] chez les individus lymphatiques. — Mentionnons, au même titre, les amers, les préparations de phosphate et de chlorhydrate de chaux. L'arsenic, les sels de mercure, l'antimoine, l'huile animale de Dippel ont été aussi employés, mais sans beaucoup de succès.

Mais en dehors des individus scrofuleux, anémiques, débilités, il est, nous l'avons dit, des sujets où nulle défectuosité de tempérament ou de constitution, nulle altération passée ou actuelle de la santé ne peut être découverte. Eh bien ! lorsqu'on peut constater que, malgré l'abondante sécrétion purulente des surfaces malades, malgré les destructions considérables de tissus, malgré la gêne que subissent certaines fonctions, en dépit des tristes et incessantes préoccupations qu'engendre le lupus, de la réclusion, de l'isolement que souvent il commande, les sujets, n'en conservent pas moins la pleine régularité des actes nutritifs et l'apparence d'une santé

[1] Liqueur de Fowler. . . . . 4 grammes.
Teinture de malate de fer. . . . . 60 »
Eau de menthe. . . . . 120 »

à la dose de deux cuillerées à bouche par jour.

irréprochable, dans ces cas, le malade jouit des meilleures conditions que l'on puisse souhaiter et il faut se garder de risquer d'obtenir pis en voulant faire mieux. Ainsi, puisqu'il digère et *qu'il profite*, lui charger l'estomac de remèdes — quelque bien indiqués qu'ils paraissent en médecine rationnelle — serait rendre à ce lupeux un service contestable.

Mais dans ce cas, je l'ai dit, à défaut de la scrofule, on peut supposer une influence syphilitique.

Or, modifiée, atténuée par une ou plusieurs transmissions héréditaires, cette diathèse a sans doute perdu un grand nombre de ses caractères ; nosologiquement, comme pathogéniquement, ce n'est pas là, à coup sûr, la syphilis classique. Mais malgré toutes ses transformations, elle réclame encore le traitement par les préparations d'iode. Il faut donc réserver à l'iode, mais surtout à l'iodure de potassium, une place dans la thérapeutique du lupus. A quelque titre qu'il agisse, comme remède spécial ou spécifique, presque toujours il se trouve indiqué ; car, en dehors de ses deux précieuses attributions, antiscrofuleux et antisyphilitique, il possède encore la propriété de stimuler l'exercice des fonctions digestives, d'exciter l'appétit, but toujours des plus utiles à se proposer chez les sujets lymphatiques.

Presque tous les auteurs, du reste, ont placé l'iodure de potassium au premier rang des agents destinés à combattre le lupus. L'un de nos anciens maîtres, Potton, médecin de l'Antiquaille, répétait souvent que le meilleur remède contre le lupus est l'iodure de potassium ; il le donnait à tous les malades, et soutenait que, en l'administrant avec insistance longtemps et à doses suffisantes, on obtient des succès inattendus.

Or, Potton pratiquait dans un hôpital où, à côté d'un service de dartreux, il existe un service de vénériens. Il savait donc distinguer le lupus des affections syphilitiques qui peuvent jusqu'à un certain point le simuler. Mais surtout il pratiquait

dans une population où la syphilis — qu'on le sache ou non, que ses effets soient ou patents ou plus ou moins méconnaissables — intervient fort souvent comme cause. Et c'est à ce point de vue que la pratique de notre si estimé et si loyal maître nous a semblé digne d'être rappelée à la plus sérieuse attention des médecins.

Par conséquent, dans la plupart des cas de lupus, il faut conseiller l'iodure de potassium ; et lorsque le lupus existe chez des sujets bien portants (*lupus validorum*) il suffit de donner cet unique remède, et cela toujours comme s'il s'agissait de combattre une syphilis franche, c'est-à-dire en solution aqueuse, pendant trois ou quatre mois, à la dose quotidienne moyenne de 2 à 4 grammes. Ce n'est qu'ainsi que, obéissant aux suggestions des données étiologiques, on pourra arguer des résultats de l'épreuve thérapeutique pour contrôler la justesse de l'indication par le résultat clinique et le plus souvent par la guérison du malade.

Traitement local. — Il est presque toujours nécessaire, sinon indispensable ; mais quelque efficacité qu'on s'en promette ou qu'il possède, il ne doit jamais détourner d'employer, pendant qu'ont le met en œuvre, le traitement général décrit ci-dessus. C'est là, notamment pour le lupus scrofuleux, l'opinion très-formelle de M. Hardy.

Le traitement local a pour but d'arrêter la marche envahissante de l'affection en détruisant les productions lupeuses et de favoriser la cicatrisation des parties malades. Bien des remèdes ont été conseillés dans ce double but, nous les passerons rapidement en revue, en indiquant autant que possible leurs cas spéciaux d'application, ainsi que leur mode d'action.

En première ligne figurent les moyens destinés à faire disparaître des efflorescences lupeuses en provoquant une inflammation plus ou moins vive dans les tissus malades.

Ainsi, dans le lupus érythémateux, le traitement local ten-

dra à modifier les taches rouges qui le constituent, et notamment le liséré périphérique.

Toutefois comme dans cette variété de lupus les cicatrices sont minces, aplaties et ne présentent jamais l'aspect difforme de celles du lupus vulgaire, il faut laisser de côté les caustiques trop énergiques qui, une fois la maladie guérie, pourraient laisser des cicatrices plus prononcées que celles dues au lupus lui-même.

Ici, nous plaçons au premier rang l'huile de cade, qui est, du reste, un excellent topique contre les formes non ulcéreuses du lupus, en frictions faites avec un pinceau de charpie, tous les jours ou tous les deux jours. Il faut avoir soin, après chaque application, d'essuyer, avec de la charpie sèche, les surfaces touchées, de manière à laisser le moins possible d'huile, laquelle sans cela agirait comme un irritant. Nous ne saurions engager trop vivement les praticiens à essayer cette application avant tout autre topique, même dans le cas de lupus vulgaire non ulcéré.

Au début, lorsque le lupus érythémateux est récent, peu étendu, qu'il a son siége sur des régions où la peau est délicate, Hebra se sert d'une solution alcoolique de savon de potasse :

Savon vert.	120 grammes.
Alcool rectifié.	60 »

Laissez digérer pendant 24 heures, filtrez et ajoutez :

Alcoolat de lavande.	8 grammes.

Employée en lavage avec un pinceau de charpie, la solution alcoolique de potasse dissout les plaques épidermiques graisseuses qui se trouvent sur les efflorescences lupeuses. A la suite de ces lotions on aperçoit facilement les orifices dilatés des follicules; il se fait alors une sécrétion séro-sanguinolente, qui se convertit en croûtes d'un brun jaunâtre. On renouvelle ces lotions plusieurs fois.

Cette méthode n'est nullement douloureuse; elle n'offre aucun inconvénient et elle suffit quelquefois, dans les cas que nous avons spécifiés, à guérir le lupus en un laps de temps relativement très-court. — On peut remplacer l'alcool de savon par le savon vert, qui, employé en frictions une ou deux fois par jour, donnera, au bout de quelques jours, des résultats physiologiques et thérapeutiques analogues à ceux décrits ci-dessus. C'est un caustique léger, dont l'action suffira dans le lupus érythémateux superficiel.

Le savon vert s'emploie aussi sous forme de cataplasme, en l'étendant sur un morceau de flanelle et l'appliquant sur les parties malades. On renouvelle cette application toutes les 12 heures. Au troisième jour, les parties lupeuses sont rouges, excoriées, légèrement escharifiées. Les phénomènes inflammatoires cèdent ensuite rapidement à des applications émollientes, et on constate que les bords du lupus se sont aplatis et sont devenus plus pâles.

Si la circonférence du lupus est formée par des bords durs et épais, on pourra les toucher tous les 4 ou 5 jours avec la solution aqueuse concentrée de potasse caustique, dont il sera question plus loin, à propos du traitement du lupus vulgaire.

Dans le lupus érythémateux, lupus érythémato-tuberculeux, M. le docteur Ernest Besnier s'est bien trouvé d'appliquer sur les parties malades un emplâtre vésicant dépassant de un demi-centimètre environ la surface malade ; aussitôt la vésication établie, dénuder la circonférence du vésicatoire obtenu ; à l'aide d'une spatule, éponger le liquide qui s'écoule et déposer sur cette partie dénudée (comprenant la circonférence la plus externe de la plaque malade et une petite portion de peau saine) soit de la poudre de bromure de potassium, soit du nitrate de plomb en poudre. L'application de cette poudre se fait très bien avec une spatule, qui permet de la déposer exactement sur les points désignés, de la tasser

légèrement et de l'égaliser uniformément. La douleur est vive, mais elle devient tolérable dans le cours de la journée, surtout si l'on donne au malade du chloral à dose convenable.

Après l'application de la poudre, un plumasseau épais de charpie sèche et fine est déposé sur la surface entière et enlevé, le lendemain, à l'aide de lotions d'eau tiède. A partir de ce moment, tout pansement simple approprié est suffisant; la surface suppure, les petites eschares se détachent, et il s'établit une cicatrice plate, très-régulière, habituellement solide et définitive, quand l'opération a été convenablement exécutée dans tous les détails. Il est bien entendu que le malade reste soumis au traitement combiné de l'huile de morue, du fer, de l'iodure de potassium et des bains sulfureux, qui est, quoi qu'on ait pu dire, absolument efficace.

Contre les très-petites plaques lupeuses, des acides faibles, tels que l'acétique concentré, le chlorhydrique, le chromique, etc., pourront suffire.

J'ai observé, par l'emploi de l'acide phénique, des résultats plus satisfaisants qu'avec les précédents. Il ne cautérise pas profondément et ne laisse, par conséquent, pas de cicatrices trop apparentes, ce qui est un grand avantage dans le lupus érythémateux. Toutefois il occasionne des douleurs très-vives, qui persistent souvent plusieurs heures après l'emploi du remède.

Bien que l'acide nitrique soit un caustique très-énergique, Hebra pense qu'on peut s'en servir quelquefois avec avantage dans le lupus érythémateux ancien, avec induration des tissus sous-jacents. Il donne lieu à des eschares jaunes, épaisses, à une réaction inflammatoire intense et à des douleurs violentes. Il ne faut en user que rarement et à des intervalles éloignés. Parfois, dit Hebra, on voit survenir un nouveau lupus au niveau de l'auréole inflammatoire, produite par la cautérisation.

Dans cette forme, on obtiendra encore de bons résultats de la glycérine iodée :

Iode.	ãã 4 grammes.
Iodure de potassium.	
Glycérine.	8 »

On en badigeonne les parties malades, matin et soir, avec un pinceau, ayant soin de recouvrir chaque fois ces application d'un morceau de gutta-percha. Au bout de 4 ou 5 jours, il se forme une croûte épaisse, adhérente. On suspend alors les badigeonnages ; peu de jours après, l'inflammation tombe et la couche épidermique, mortifiée, se détache sous forme de lamelles parcheminées. Ces lambeaux entraînent avec eux les prolongements épidermiques qui pénètrent dans les glandes sébacées, ainsi que les amas cellulaires contenus dans ces prolongements. Il arrive quelquefois que la réaction inflammatoire, provoquée par les badigeonnages iodés, réveille la tonicité, la contractilité des parois glandulaires et favorise ainsi l'amélioration et la guérison du lupus érythémateux acnéiforme. Toujours est-il que, à la suite de ce traitement, les orifices folliculaires sont moins visibles, les bords du lupus plus aplatis et moins enflammés.

On peut encore employer, dans ce cas, la solution concentrée de nitrate d'argent, mais il importe de nettoyer préalablement les parties malades avec du savon, afin de faire disparaître les matières grasses, qui, sans cela, s'opposeraient, à l'action de ce caustique.

On use d'une solution concentrée par parties égales ou à la moitié — (10 grammes sur 20 grammes d'eau distillée). — On applique cette solution au moyen d'un pinceau de charpie ; on renouvelle l'application, matin et soir, pendant quelques jours. Il se forme une croûte grise, ensuite noire, qui se détache au bout de peu de jours. Une fois la croûte tombée, on recommence les badigeonnages.

Ces badigeonnages sont toujours utiles, soit pour modifier de jeunes cicatrices, soit pour provoquer une réaction inflammatoire qui opère le retour à l'état normal des vaisseaux dilatés, etc., en un mot, pour obtenir la pâleur et l'égalisation de la cicatrice (Hebra).

Contre le lupus tuberculeux, quand il existe des groupes nombreux de nodosités cutanées occupant des surfaces très-étendues, M. Bazin recommande l'huile de noix d'acajou. Son action est analogue à celle de la cantharide. Si on l'applique sur le lupus, on trouve, dit cet auteur, au bout de vingt-quatre heures, la partie couverte d'une véritable eschare, tout à fait analogue à une feuille de parchemin. Si la couche d'huile a été fort mince, si le malade l'a enlevée quelques minutes après son application, il se produit une vésication analogue à celle occasionnée par les cantharides, avec cette différence que la peau est soulevée non par de la sérosité pure, mais par une sérosité purulente. L'eschare se détache au bout de quelques jours, et, en général, sans laisser de plaie. A la suite de cette cautérisation, les nodosités du lupus sont moins rouges et moins saillantes ; on renouvelle ces applications jusqu'à ce que les tubercules cutanés aient disparu.

L'emplâtre rouge, dont nous avons déjà donné la formule, a été employé avec succès par M. Vidal, soit pour favoriser la résolution des nodosités, soit pour amener la cicatrisation des ulcérations du lupus. Les résultats obtenus par M. Vidal à l'hôpital Saint-Louis sont des plus encourageants.

Le lupus tuberculeux peut aussi être avantageusement modifié par la solution concentrée de nitrate d'argent et surtout par le crayon de pierre infernale. C'est principalement contre les infiltrations lupeuses, contre ces masses à aspect fongoïde qui sont constituées par des nodosités agglomérées, comme on les observe si souvent dans les lupus des joues et du nez, que ce moyen sera efficace. Il faut enfoncer le crayon au milieu des tissus dégénérés jusqu'à ce qu'on rencontre une cer-

taine résistance indiquant qu'il porte sur des parties saines. La pâte de chlorure de zinc rend les mêmes services. Mais le crayon de pierre infernale a surtout son indication quand il s'agit des ulcérations lupeuses de la bouche et du pharynx.

C'est là, d'après Hebra, le moyen « par excellence ». Son action est parfaitement limitée et, avec lui, l'on n'a pas à craindre de cautérisations trop profondes ou trop étendues, comme cela peut avoir lieu par l'emploi d'autres caustiques plus énergiques.

Concurremment avec la solution argentique, Hebra emploie la solution de potasse caustique :

Potasse.	4 grammes.
Eau distillée.	8 »

pour détruire les jeunes tubercules de lupus profond. On applique la solution potassique avec un pinceau de charpie ; on lave ensuite avec de l'eau afin d'enlever l'excès de potasse et l'on absterge. Puis, avec un autre pinceau, on applique la solution de nitrate d'argent qui produit des eschares blanches sur les points dénudés par la potasse. Ces eschares tombent par suppuration au bout de quelques jours. On renouvelle ces applications autant que cela est nécessaire.

La pâte de Vienne, la pâte de chlorure de zinc, l'arsenic, sous forme de pâte du frère Cosme, modifiée par Hebra :

Arsenic blanc.	0,50 centigrammes.
Cinabre artificiel.	2 grammes.
Onguent rosat.	15 »

pourront également être employées pour détruire les masses lupeuses.

Voici comment Hebra recommande de se servir de la pâte arsenicale. On l'étend sur de la toile, en couche de l'épaisseur du dos d'un couteau. On coupe des bandelettes d'une largeur

suffisante pour pouvoir recouvrir la partie de peau malade que l'on veut cautériser. On recouvre ensuite avec de la charpie ou de l'ouate et l'on fixe le pansement avec du sparadrap et des bandes de flanelle. L'appareil est laissé en place pendant vingt-quatre heures ; au bout de ce temps, on renouvelle l'application de la même manière sans laver la plaie. A la fin du second jour, on recommence pour la troisième fois le même pansement et à la fin du troisième jour on le cesse définitivement.

Au bout du premier jour, la partie est à peine modifiée et les malades n'éprouvent pas de douleur. Dès le second jour se manifeste des douleurs aiguës, lancinantes, la peau cautérisée est tuméfiée et la surface des tubercules lupeux grise, macérée. Le troisième jour les douleurs deviennent assez vives, le tégument environnant la plaie est le siége d'une tuméfaction œdémateuse. Après l'enlèvement du pansement, à la fin du troisième jour, les tubercules de lupus sont réduits en une eschare d'un brun noir parfaitement délimitée. Enfin les douleurs cessent rapidement et complétement, et l'œdème disparaît dans l'espace de quelques heures. La cicatrisation ne tarde pas à se faire.

Le principal avantage de cette pâte arsenicale est de ne pas attaquer la peau saine, mais seulement les nodosités lupeuses; aussi, à la chute des eschares, la peau paraît-elle comme découpée à l'emporte-pièce. — Ce mode de procéder est indiqué, d'après Hebra, dans tous les cas où l'on veut conserver les moindres parcelles de peau saine.

Il rend de grands services dans les lupus de la face, et dans tous les cas où de nombreux tubercules de lupus sont disséminés sur une surface étendue. En une seule application on peut les détruire, tandis qu'avec un autre caustique on serait obligé de poursuivre chaque nodosité isolément.

La cautérisation avec cette pâte arsenicale peut être encore

beaucoup plus rapide si les tubercules sont déjà dépouillés de leur épiderme ou ulcérés.

M. Pétrequin a employé avec succès le chlorure d'or. Voici la formule :

Or laminé.	}	ãã 10 grammes.
Acide nitrique		
Acide hydrochlorique.	30	»

Ce caustique a joui d'une grande réputation. A une époque il était le caustique le plus employé à l'hospice de l'Antiquaille, contre les manifestations lupeuses. On l'applique avec un pinceau de charpie ; au bout de quelques heures les points cautérisés prennent une teinte violette caractéristique. Les résultats m'ont paru analogues à ceux que l'on obtient avec une solution très-concentrée de nitrate d'argent ou avec le nitrate acide de mercure.

M. Horand, dans son excellent mémoire sur le lupus, recommande avec raison de restreindre l'emploi du chlorure d'or au lupus ulcéré ; car, appliqué sur des nodosités lupeuses non ulcérées, il laisse sur la peau une teinte bleuâtre, violacée, qui ne disparaît jamais ; ce qui tient à ce que, à la suite de la cautérisation, il se fait sur l'eschare un dépôt de paillettes d'or. Aussi peut-on se demander avec M. Horand, si les effets de ce caustique, d'ailleurs d'un prix si élevé, ne sont pas uniquement dus au mélange d'acide nitrique et d'acide chlorhydrique.

Quand les tubercules lupeux sont distincts, il faut cautériser soit avec une solution à parties égales de potasse caustique et d'eau, étendue à l'aide d'un pinceau sur les parties malades, — on applique par-dessus un cataplasme ou une pommade anodine, — soit avec le mélange suivant :

Iode.	2	grammes.
Iodure de potassium.	15	»
Glycérine.	60	»

Pour les cas graves, M. T. Fox emploie :

Nitrate de zinc.	6	grammes.
Eau distillée.	4	»
Glycérine.	4	»
Farine.	4	»

On étend sur la plaque lupeuse cette pâte fraichement préparée, qu'on recouvre d'un cataplasme si la douleur est très-vive. La surface ulcérée est ensuite pansée avec la pommade à l'oxyde de zinc. Quand la plaie est sèche ou recouverte de croûtes, on recommence les applications caustiques jusqu'à ce que la tumeur lupeuse ait été détruite. S'il se forme des croûtes et si le lupus suppure, une excellente marche à suivre est de faire tomber les croûtes avec des cataplasmes et de panser ensuite la plaie avec la pommade de goudron (4 grammes sur 30 grammes d'axonge).

Les ulcérations lupeuses sont souvent modifiées très-heureusement par la poudre d'iodoforme. Cette année encore, j'ai vu se cicatriser rapidement, sous l'influence de pansements réguliers avec la poudre d'iodoforme, des ulcères lupeux du nez et de la muqueuse nasale, qui n'avaient éprouvé aucune amélioration d'autres topiques.

A ce propos, je rappellerai que M. Ernest Besnier a donné le premier dans le *Bulletin de Thérapeutique*, en 1867, les indications de l'emploi de l'iodoforme en poudre dans le traitement d'une série de plaies et d'ulcères ; il insiste, encore aujourd'hui, sur deux conditions de succès dans l'emploi de ce moyen dont on n'a pas suffisamment compris la portée.

1° Nécessité de porphyriser avec le soin le plus extrême la poudre qui ne doit plus laisser voir la forme cristalline ;

2° Surveillance minutieuse du pansement qui doit être fait à sec.

Les plaies lupeuses ont encore été traitées soit à l'aide du nitrate d'argent, soit au moyen d'attouchements avec le ni-

trate acide de mercure. C'est là aussi un excellent caustique dont nous ne saurions trop recommander l'usage. J'en ai obtenu d'excellents résultats dans bon nombre de cas ; il est facile d'en régler en quelque sorte l'action, en imbibant plus ou moins le pinceau de charpie dont on se sert pour l'appliquer. Le nitrate acide de mercure peut aussi être utilisé pour détruire les nodosités ou les infiltrations lupeuses.

Contre le lupus ulcéreux, M. le docteur Lailler se sert avec succès de la pommade suivante :

Axonge.	99 grammes.
Iodure de potassium.	} aa 0,50 centigr.
Deutoiodure d'hydrargyre	

Il emploie parfois la même pommade, au 50e, au 25e, au 10e et quelquefois même à parties égales, mais rarement. Cette pommade donne lieu à des douleurs assez vives au début de son application ; elle est surtout indiquée dans les cas d'ulcères lupeux atoniques ; elle provoque alors une irritation locale qui modifie favorablement la vitalité des bourgeons charnus souvent grisâtres, indolents et fongueux, et, par suite, elle hâte la cicatrisation de ces plaies de mauvaise nature.

On peut encore y avoir recours contre le lupus tuberculeux. M. Lailler en a obtenu également de bons résultats dans les cas de cette nature ; appliquée sur les surfaces malades, elle détermine une abondante exfoliation épidermique et entraîne souvent la résolution des nodules lupeux en augmentant le travail de résorption interstitielle.

Enfin, M. Ernest Besnier retire le plus grand avantage, dans le traitement des scrofulides ulcéreuses, des bains locaux quotidiens (une demi-heure à une heure) de décoction forte de feuilles de noyer, et des pansements faits pendant l'intervalle du bain avec les feuilles de noyer qui ont servi à préparer la décoction directement appliquées sur les ulcères et recou-

vertes de toile vulcanisée qui entretient l'application humide.

On a aussi conseillé l'excision du lupus; toutefois, on ne peut y avoir recours que dans les cas où les nodosités cutanées occupent des espaces restreints. L'excision exige souvent une autoplastie consécutive qu'il ne serait pas prudent d'entreprendre avant un certain laps de temps, afin d'éviter les récidives du lupus sur la peau transplantée.

M. le Dr R. Volkmann a proposé un nouveau traitement, qui consiste à enlever les tubercules de lupus à l'aide de cuillers tranchantes et à pratiquer des scarifications ponctuées et multiples sur les infiltrations lupeuses qui peuvent subsister après la première opération. L'opérateur règle le degré de force à employer sur la résistance que les tissus sains offrent aux cuillers et au scarificateur, de manière à ménager les tissus sains environnants.

Nous reproduisons, d'après le professeur Hebra, le procédé de scarification de Volkmann[1] :

On fait avec un couteau pointu, à lame très-étroite, dans le tissu malade, des centaines, même des milliers de piqûres rapprochées les unes des autres de quatre millimètres et davantage encore. Dans bien des cas, la peau prend, après l'opération, une teinte plus ou moins douteuse, devient même blanche et semblable à de la viande gâtée, mais jamais on n'observe de gangrène. Les parties ponctuées sont ensuite recouvertes de charpie, que l'on maintient serrée sur la plaie pour arrêter l'hémorrhagie et qu'on laisse tomber d'elle-même. On renouvelle ces ponctions trois, cinq et même huit fois dans un espace de deux à quatre semaines. La première fois, le couteau pénètre très-facilement dans les tissus abondamment pourvus de proliférations cellulaires, et l'hémorrhagie est très-forte. Plus tard, on rencontre une résistance chaque fois de plus en plus prononcée. La peau devient

[1] *Loc. cit.*, tome second, pag. 485.

aussi plus ferme, la rougeur et la tuméfaction anormales disparaissent. Il n'y a jamais de cicatrice.

Cette méthode agit et par la destruction des nombreux vaisseaux dilatés et par l'inflammation consécutive qui provoque la désagrégation et la résorption des infiltrations cellulaires.

D'après Volkmann, « jusqu'à présent aucun lupus n'a résisté à ce traitement; » des lupus graves ont été ainsi guéris dans l'espace de six à huit semaines. C'est là un résultat encourageant. Remarquons néanmoins que les méthodes opératoires de Volkmann sont trés-douloureuses, et que chaque fois on est obligé d'anesthésier le malade.

LÈPRE

La *lèpre* est une affection générale caractérisée par l'apparition sur la peau et les muqueuses de taches, de nodosités, de tumeurs se terminant quelquefois par ulcération et destruction des tissus et d'hyperesthésie et d'anesthésie.

La lèpre est-elle précédée de prodromes? Danielssen et Bœck répondent par l'affirmative, tandis que d'autres médecins le nient. Dans les pays où la lèpre règne d'une façon endémique, on est habitué à considérer comme symptômes prodromiques des phénomènes qui seraient peut-être méconnus partout ailleurs. Cependant la plupart des auteurs admettent l'existence fréquente de malaises précurseurs ; ainsi, les malades sont mous, abattus, tristes, somnolents, ils se fatiguent facilement. Souvent ils éprouvent des douleurs vagues dans les membres, il y a de l'inappétence, des nausées, des vomissements, des frissons, parfois même un peu de fièvre le soir.

Que ces symptômes aient ou non existé, on voit survenir sur la peau des taches de dimension variant entre celle

d'une lentille et celle de la paume de la main. Ces taches ont une coloration variable, tantôt elles sont rouges (mal rouge de Cayenne), tantôt d'un jaune brunâtre, café au lait, parfois même bronzées, noirâtres ; leurs contours sont en général bien délimités. Au premier abord on pourrait les prendre pour de simples éphélides, Au début, elles ne font aucune saillie sur la surface cutanée, mais plus tard leur base s'épaissit et s'indure, — *lèpre maculeuse*.

Erasmus Wilson, qui décrit cette lèpre maculeuse sous le nom de morphée, en fait quatre variétés : la *morphée blanche lardacée*, la *morphée blanche atrophique*, la *morphée noire* et la *morphée avec alopécie* (*morphea alopeciata*). Les taches sont souvent rouges, ou d'un rouge pâle au début, prurigineuses, — *morphea rubra ;* au bout d'un certain temps elles deviennent blanches au centre tandis qu'elles s'étendent par leur périphérie, — *morphea alba ;* ces taches blanches peuvent aussi se manifester par une induration de la peau qui présente alors un aspect brillant, lardacé, — *m. alba lardacea ;* quelquefois la peau qui constitue ces plaques blanchâtres s'enfonce pour ainsi dire au-dessous des parties environnantes, s'atrophie — *m. alba atrophica ;* la pigmentation cutanée peut aussi se traduire par des taches grises, brunâtres et même noires, — *m. nigra* ; enfin l'éruption maculeuse déterminant dans les points malades l'atrophie de la peau, les follicules pileux sont détruits en partie, les poils perdent leur pigment, ils deviennent blancs, lanugineux. Si ces taches existent au cuir chevelu, il se forme des plaques arrondies et chauves comme celles de l'alopécie areata, — *m. alopeciata*.

Au bout d'un temps plus ou moins long on voit survenir sur ces taches ou sur les parties de peau restées indemnes des nodosités arrondies, rénitentes, d'un rouge brunâtre, douloureuses à la pression, dont la surface est brillante, comme vernissée. Ces nodosités restent parfois isolées, dissé

minées, d'autres fois elles se réunissent pour former de véritables tumeurs plus ou moins considérables. Leur base est large, indurée, infiltrée.

Les nodosités ont leur siége de prédilection à la face, à laquelle elles donnent alors un aspect étrange, bizarre. La peau du visage est épaissie, tuméfiée, bosselée. Le front, les paupières, les joues, les oreilles sont souvent envahis par des nodosités ovoïdes, saillantes, d'un rouge foncé; les altérations des oreilles donnent au malade un aspect caractéristique dans les pays où la lèpre est endémique. Entre ces élevures, notamment au front, les sillons de la peau sont plus profonds, il se forme des replis cutanés volumineux. Le nez, par suite des nodosités qui le recouvrent, paraît aplati, comme écrasé; les joues sont pendantes, les lèvres épaissies, déjetées en dehors, le menton est volumineux, parsemé de nodosités qui lui donnent un aspect mamelonné, inégal.

Sur les taches cutanées ou sur les nodosités les poils subissent des modifications variables, ils deviennent secs, cassants, et finissent par tomber. L'alopécie lépreuse est caractéristique, elle s'observe de préférence aux sourcils — où il ne reste souvent qu'une touffe de poils en forme d'aigrette, — à la barbe, aux aisselles, sur la face antérieure des membres.

L'ensemble du teint est rouge foncé, livide, bleuâtre; on dirait un mulâtre : la physionomie a une expression de tristesse morne, résignée d'habitude. Ces caractères avaient fait donner à la maladie le nom de *leontiasis*, aujourd'hui encore on désigne cet état de la figure sous le terme de *facies leontina*.

Mais on trouve encore ces nodosités lépreuses sur les autres régions du corps, au cou, au tronc, sur le ventre, les fesses, les organes génitaux et principalement aux membres supérieurs et inférieurs. Les mains et les pieds en sont le siége habituel; la peau et le tissu cellulaire sous-cutané sont épais-

sis, tuméfiés, œdématiés : les doigts deviennent raides, les ongles opaques, secs, friables. Il en est de même aux pieds ; aussi les malades ont-ils beaucoup de peine soit à prendre les objets dont ils ont besoin, soit à marcher. Les mouvements sont douloureux.

Après un temps plus ou moins long, les nodosités peuvent disparaître par résorption, en laissant après elles une pigmentation foncée ou blanche avec atrophie de la peau.

D'autres fois les nodosités se ramollissent et se terminent par un abcès dont la guérison est suivie d'une cicatrice. Dans d'autres cas encore les nodosités s'ulcèrent : ce processus s'observe principalement sur les nodosités qui ont leur siége aux phalanges des doigts et des orteils. Ces ulcérations sont en général peu profondes, ont une base dure, infiltrée, leurs bords sont renversés, aplatis, elles sécrètent une sanie purulente qui se concrète en croûtes plus ou moins épaisses. Elles guérissent en général assez facilement; dans quelques cas cependant l'inflammation augmente, gagne en profondeur, envahit les articulations sous-jacentes et donne lieu à des mutilations semblables à celles que l'on observe dans la lèpre anesthésique.

Lèpre anesthésique. — Elle est surtout caractérisée par une éruption bulleuse qui peut survenir soit comme symptôme initial, soit après des prodrômes analogues à ceux qui marquent le début de la lèpre tubéreuse. Cette éruption consiste en bulles présentant la plus grande ressemblance avec celles du pemphigus. Leur grosseur varie entre celle d'une lentille et celle d'une grosse noix. Elles sont en général peu nombreuses et disséminées sur diverses régions du corps, notamment au voisinage des articulations, — *pemphigus leprosus*. Ces bulles pemphigoïdes ont en général une durée éphémère. Elles se déchirent assez facilement, et après la chute de la croûte qui se produit par la dessiccation de leur contenu, il se forme une tache blanche. D'autres fois, à la place de la bulle,

on voit une ulcération superficielle recouverte de croûtes; au bout d'un temps variable, l'ulcère se termine par une cicatrice mince et blanchâtre. En même temps ou peu de temps après, il se manifeste des taches cutanées plus ou moins étendues dont les siéges de prédilection sont le visage, les membres, la paume des mains et la plante des pieds. Ces taches sont de forme et de dimension variables, quelques-unes atteignent l'étendue de la paume de la main.

L'apparition de ces taches n'est pas constante, mais le plus souvent elles existent dans la forme anesthésique de la lèpre.

Sur les ulcérations, sur les pigmentations cutanées, il se produit une sensibilité excessive, très-pénible. Cette hyperesthésie cutanée est accompagnée de frissons, de tremblements. La marche est pénible, les mouvements douloureux, difficiles, au point que les malades sont dans l'impossibilité de prendre leurs aliments. Certains nerfs sous-cutanés sont tuméfiés, très-douloureux à la pression ; le sommeil est agité, les malades se réveillent en sursaut parce que la pression du lit sur certains troncs nerveux provoque de vives souffrances (Hebra).

Cette hyperesthésie dure quelquefois très-longtemps, et s'accompagne d'altérations du système nerveux. A cet état succède l'anesthésie des parties primitivement hyperesthésiées; on la rencontre aussi sur des portions de peau qui n'ont subi aucune modification appréciable ; elle est surtout prononcée au niveau des taches blanches.

La peau qui correspond aux parties anesthésiées est sèche, mince, parcheminée, ridée comme celle des vieillards ; elle est d'un jaune paille ou grisâtre, terreuse. Sur les muqueuses, les lésions lépreuses se traduisent également par des taches de coloration variable sur lesquelles se forment ensuite des nodosités, des ulcérations qui détruisent la muqueuse et les tissus sous-jacents y compris les os. Au début, les ulcérations sont indolentes, et les malades sont étonnés quand on leur

demande de voir leur gosier, où l'on trouve souvent de nombreuses ulcérations dont ils ignoraient l'existence. Les nodosités et les ulcérations lépreuses s'observent surtout au voile du palais qu'elles perforent. Les lèvres sont épaissies, la muqueuse buccale boursouflée, excoriée, les gencives fongueuses saignent facilement. La langue — notamment sa face dorsale — est parfois le siége de nodosités qui une fois ulcérées deviennent très-douloureuses. Le pharynx, le larynx, les cordes vocales sont ultérieurement envahis par des nodosités qui s'ulcèrent ensuite à leur tour et sont l'occasion d'accès de toux, d'oppression, d'étouffements très-pénibles. Au début de mon internat à l'Antiquaille j'ai vu un lépreux, originaire de Cayenne, qui était en proie à des accès terribles de suffocation, dus à la présence de nombreuses nodosités ulcérées dans la région laryngienne. L'épiglotte, les cordes vocales, les replis aryténo-épiglottiques étaient tellement envahis par les lésions lépreuses que ce malheureux ne pouvait qu'à peine respirer.

Le visage est amaigri, la physionomie souffreteuse, le regard atone ; la paupière inférieure est relâchée, renversée en dehors, il se produit du larmoiement, la cornée devient opaque. La bouche est déviée, la lèvre inférieure pendante laisse échapper la salive. L'atrophie musculaire envahit non-seulement le visage, mais encore les mains ; les muscles des éminences thénar et hypothénar disparaissent. « C'est alors que se produit le phénomène connu sous le nom de *distorsion des pieds et des mains*. Les doigts deviennent paresseux et recourbés ; les premières phalanges s'étendent, tandis que les autres se recourbent ; ces lésions ne font que s'accroître et il vient un moment où il est impossible de les vaincre. » (Hardy et Édouard Labarraque.) Les ongles sont amincis, friables. A cette période de l'affection, il se forme, de préférence aux mains et aux pieds, soit des ulcérations indolentes, insensibles, soit des abcès qui détruisent les tissus, dénudent

les os et entraînent la chute des phalanges et des orteils, — *lèpre mutilante*. La mutilation peut même se produire au niveau du poignet ou des malléoles et entraîner ainsi la chute de la main et du pied. D'autres fois les phalanges ou les orteils peuvent être atteints de gangrène sèche, se momifier.

La température du corps s'abaisse, ce qui donne au patient une impression de froid. Toutes les parties s'atrophient, la vitalité de tous les organes diminue, le malade tombe dans le marasme et finit par succomber à la suite de phénomènes tétaniques ou de diarrhée colliquative.

D'après le docteur Carter la lèpre est plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Sur 543 décès de lépreux à Bombay, dans l'espace de 12 ans, 409 ont eu lieu chez des hommes, et sur 906 lépreux traités à l'hôpital Saint-Georges à Bergen (Norvége) de 1841 à 1846, 461 appartenaient au sexe masculin, 445 au sexe féminin. La proportion des sexes parmi tous les lépreux de la Présidence de Bombay est de 4,38 hommes à 1 femme. La maladie apparaîtrait aussi plutôt chez les hommes que chez les femmes, et la forme tuberculeuse plutôt que la variété anesthésique (Tilbury Fox).

Les causes de la lèpre sont encore inconnues. On a accusé le régime et en particulier le poisson et notamment le poisson corrompu, pourri. Mais si dans certaines localités, où la population se nourrit presque exclusivement de poisson de mauvaise qualité, la lèpre est très-répandue, d'autre part on a observé qu'elle n'était pas moins fréquente dans d'autres pays où le poisson est très-rare. Le Dr Farquhar pense que le grain qui est venu sur une terre non cultivée peut contribuer à la genèse de la lèpre. On a dit aussi que l'absence de végétaux contenant une notable proportion de potasse, paraît en favoriser le développement. Cette affection aurait diminué en Islande depuis l'introduction de la pomme de terre dans ce pays (T. Fox).

Il est certain que la diminution de la lèpre a presque tou-

jours coïncidé avec l'amélioration de la condition générale des habitants d'un pays. Si la lèpre n'est pas absolument un *mal de misère*, on voit cependant, comme pour la pellagre, qu'une hygiène défectueuse, une nourriture insuffisante, de mauvaise qualité, le séjour dans des habitations humides, mal aérées, l'absence de soins de propreté, etc., sont autant de causes qui, si elles n'engendrent pas directement la lèpre, favorisent du moins son développement.

Bien que le climat ne paraisse jouer aucun rôle dans l'étiologie de la lèpre, puisque on la rencontre dans les climats les plus opposés, — elle existe d'une manière endémique dans les pays du Nord, tels que l'Islande, la Suède, etc., aussi bien qu'en Égypte, au Brésil, dans l'Inde, etc.; — cependant quelques auteurs admettent que la lèpre serait occasionnée par quelque influence analogue à la *malaria*.

Autrefois l'éléphantiasis des Grecs était considéré comme contagieux; dans certains pays, les malheureux lépreux sont encore parqués dans des quartiers séparés, afin de soustraire les autres habitants à leur contact. Mais il est aujourd'hui démontré que la lèpre n'est nullement contagieuse, et si l'on voit cette affection sévir dans une famille ou dans une même localité, cela tient à ce que tous les individus, dans ces cas, restent soumis aux influences générales — encore inconnues — qui président au développement de la maladie.

Quant à l'hérédité, les opinions sont très-contradictoires. Danielssen et Bœck soutiennent énergiquement la réalité de cette cause. D'autres, au contraire, notamment Kessler, Bidenkap, etc., repoussent l'origine héréditaire de la maladie. Si l'on a vu des enfants issus de parents lépreux, atteints de cette affection après avoir été transportés dans des pays exempts de lèpre, il est non moins vrai que des personnes nées dans des régions où il n'y a jamais eu de lèpre, et de parents sains, n'en ont pas moins contracté cette maladie après s'être établis dans des pays où l'éléphantiasis des Grecs

est endémique. Il est bien évident aussi que l'influence héréditaire sera d'autant plus accusée que les générateurs seront, au moment de la procréation, à une période plus avancée de la maladie. Il en est de même de l'influence des mariages entre lépreux, ils constituent une des causes les plus puissantes de la transmission à la disposition lépreuse. Aussi l'hérédité ne doit-elle ici s'entendre que dans le sens d'une disposition générale, analogue à celle admise par tous les médecins pour la tuberculose ou d'autres diathèses, et nullement comme celle qui dérive de la syphilis. Du reste, la lèpre n'est jamais congénitale, et ce n'est que très-rarement qu'on a eu l'occasion de l'observer avant l'âge de cinq ans.

L'hérédité ne saurait donc être invoquée comme la cause de la lèpre, elle contribue sans doute à son développement que favorisent certaines conditions physiques et géographiques, une mauvaise hygiène et un régime défectueux et insuffisant. Du moins sont-ce les seules données que l'on puisse aujourd'hui formuler, jusqu'au jour où il sera possible de découvrir la cause réelle de cette cruelle affection.

Traitement. — De ce rapide tableau dans lequel nous avons cherché à esquisser à grands traits les principaux caractères de la lèpre, il résulte, croyons-nous, que le traitement de cette affection doit comprendre trois ordres de moyens, savoir : traitement hygiénique, médication générale et applications locales.

Si la cause de la lèpre est encore inconnue, il est certain du moins que, comme dans toutes les affections générales, l'amélioration de l'hygiène des individus prédisposés à la lèpre ou atteints de cette affection jouera un grand rôle au point de vue de la prophylaxie. Dans tous les pays en puissance de lèpre, on a vu cette affection diminuer en raison des améliorations apportées à l'hygiène publique. Et parmi les nombreuses médications qui ont été successivement préconisées contre la lèpre, — et, comme nous le verrons tout à l'heure,

la liste en est longue, — celles qui ont donné des résultats satisfaisants l'ont dû, sans doute, en grande partie aux prescriptions hygiéniques qui les accompagnaient. C'est là aujourd'hui un fait hors de tout conteste.

Le séjour dans des lieux salubres, dans des maisons aérées, non humides ; un exercice régulier entretenant les fonctions de la peau; une alimentation de bonne qualité, suffisamment réparatrice; le changement de climat, etc..., figurent donc en première ligne parmi les moyens qui, s'ils ne guérissent pas la lèpre, contribueront du moins à améliorer l'état des malades.

Bien des remèdes internes ont été conseillés contre la lèpre; mais, jusqu'à ce jour, le but reste encore hors de nos moyens d'action. L'arsenic, le mercure, l'antimoine, l'iode ont été administrés sous les formes les plus variées, mais ils sont sans efficacité.

Toutefois le docteur Schlimmer[1] cite un fait de guérison très-probable d'un lépreux par l'arséniate de potasse à la dose d'un vingtième de grain (2 milligrammes 1/2) par jour, pendant une semaine, dans une quantité d'eau aussi considérable que le malade en pouvait prendre en vingt-quatre heures — *refractâ dosi*, puis l'administration pendant une semaine de chlorhydrate d'ammoniaque à la dose de 10 centigrammes par jour dilué dans beaucoup d'eau pour prévenir la saturation arsenicale. Après dix semaines, il y eut une amélioration indubitable. La cure entière dura seize mois.

Mais, dans ce cas, ne faut-il pas tenir compte du passage d'une misère extrême à une hygiène excellente et des soins médicaux intelligents?

L'*hydrocotyle asiatica*, vantée au début comme spécifique des maladies chroniques de la peau, a été employée aux Antilles et à Paris depuis plusieurs années contre la lèpre, mais n'a

[1] *Gazette hebdomadaire*, 2e série, t. XI, p. 649. — 1874.

pas répondu aux espérances fondées sur son prétendu pouvoir.

Cependant, sur dix malades observés par M. Moufflet[1] quatre seraient sortis guéris, après un traitement de trois ans; chez quatre autres, il y a eu amélioration notable, résolution partielle des tubercules; quant aux deux derniers malades, l'un n'a éprouvé aucun effet; l'autre, traité alors que la cachexie était profonde, a succombé après quelques mois. Les faits recueillis à Paris sont moins favorables.

L'huile de Chaulmoogra a été essayée par le Dr Hillairet[2] à la dose de 2 à 50 gouttes, deux fois par jour. Si pendant le traitement il survenait de la diarrhée ou toute autre indisposition, il faudrait suspendre ou diminuer le nombre des gouttes.

En même temps on stimule les fonctions de la peau à l'aide de douches froides ou de bains alcalins.

On fait aussi des frictions sur les parties affectées, excepté sur les ulcères qui seront pansés tous les jours avec de la charpie imbibée de cette huile.

Mais les résultats obtenus n'ont pas été plus satisfaisants qu'avec les remèdes précédents.

Il en a été de même de la cautérisation des plaies au moyen d'une solution d'acide phénique, combinée avec l'usage interne de l'huile de Chaulmoogra, et il en est de même encore de l'asclepias gigantea, de la veronica quinquefolia, de l'assacou et d'autres dépuratifs végétaux que l'on avait un moment considérés comme des spécifiques de la lèpre. Nous trouvons encore dans l'excellente thèse de M. Lamblin des renseignements très-précis sur le mode d'emploi de l'assacou. Cette plante « fournit un lait qui a été administré à la dose de 5 centigrammes par jour sous forme pilulaire. Toutes les semaines, les malades prenaient aussi une décoction vomitive préparée avec 15 grammes d'écorce d'assacou pour

[1] Lamblin, *Étude sur la lèpre tuberculeuse ou éléphantiasis des Grecs*, p. 92.

[2] Lamblin, *loc. cit.*, p. 89.

500 grammes d'eau, additionnée de 15 à 20 gouttes de suc de la plante, et enfin, tous les deux jours, un bain préparé avec l'infusion saturée de l'écorce. M. le Dr Malcher avait noté, sous l'influence de ce régime, une résolution des tubercules et l'amélioration de l'état général. Mais le résultat a-t-il toujours été aussi favorable et surtout durable? »

M. Bazin[1] s'est bien trouvé, chez quelques lépreux, de l'administration *intus* et *extra* des préparations alcalines. Sous l'influence de ce traitement il « a vu survenir des améliorations surprenantes et tout à fait inattendues ; il a vu les tubercules diminuer rapidement de volume, les taches s'effacer ou tendre à s'effacer, l'état général devenir meilleur ; le malade semblait aller franchement vers la guérison ; celle-ci arriverait-elle? »

M. Bazin a encore essayé l'acide phénique contre la lèpre, mais sans obtenir d'effet bien apparent.

Le seigle ergoté, employé pour la première fois par M. Hillairet, en raison de son action sur les capillaires sanguins, n'a pas jusqu'ici donné de résultats bien encourageants.

Dans une discussion qui a eu lieu cette année à la Société médicale des hôpitaux à propos de la présentation d'un malade atteint de *lèpre nostras*, M. le Dr Ferréol a rappelé que dans un cas analogue il avait eu de bons résultats du traitement suivant qui lui avait été indiqué par Ricord : granules de Dioscoride à dose croissante jusqu'à 12, 15 même, par jour; fumigations tous les deux jours, combinées avec des bains sulfureux ; quinquina.

L'amélioration obtenue sous l'influence de cette médication fut très-remarquable et très-rapide ; malheureusement elle ne persista pas au delà de quelques mois. Toutefois ces moyens avaient été employés à une époque avancée de la maladie, alors qu'il existait déjà un état cachectique très-prononcé, et

[1] *Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées artificielles et sur la lèpre, les diathèses, etc...*, p. 294.

l'on peut se demander, avec notre distingué confrère, si, commencé avant que la maladie ait atteint ses dernières périodes, ce traitement n'eût pas été couronné de succès?

Mais en dehors d'un spécifique qui est encore à trouver, il est une série d'indications qu'il importe de remplir. En présence de la déchéance organique qui se produit dans la lèpre on devra avoir recours aux reconstituants les plus énergiques : huile de foie de morue, ferrugineux, amers, hydrothérapie, bains salés, sulfureux, etc., dont on variera et les doses et le mode d'administration suivant les indications spéciales ou les complications présentées par chaque malade. On a conseillé, à ce titre, la quinine à haute dose et continuée pendant un certain temps ; le Dr Tilbury Fox l'a employée avec grands avantages à dose graduellement croissante, jusqu'à un gramme deux fois par jour et pendant assez longtemps.

Quant au traitement local, on recommandera avant tout les soins de propreté. Les ulcérations seront lavées avec des résolutifs divers, tels que l'alcool camphré, une solution légère de sublimé ou de nitrate d'argent ; on fera sur les nodosités sèches des badigeonnages avec la teinture d'iode, etc. Mais de tous ces remèdes, celui qui paraît avoir donné les résultats les plus satisfaisants, c'est encore l'acide phénique ; selon MM. Hardy et E. Labarraque, il a une influence très-notable sur la disparition des tubercules qui, traités ainsi, ne laissent qu'une cicatrice à peine visible. Le Dr Fleming (Indes) l'emploie dans la proportion de 4 grammes sur 60 grammes d'huile, de glycérine ou d'eau. Toutefois il recommande, à une période plus avancée de la maladie, de surveiller l'emploi du remède ; autrement il pourrait déterminer des excoriations. La cessation des applications phéniquées pendant quelques jours et des onctions avec de l'huile ou du cérat simple suffisent pour mettre fin à ce petit accident (T. Fox).

L'acide arsénieux en pommade — 0,30 centigrammes à 5 gr., sur 30 grammes d'axonge, l'huile de noix d'acajou

ont été employés avec succès contre les nodosités lépreuses ; du reste, et d'une manière générale, les différentes applications dont il a été question au chapitre du lupus peuvent être utilisées ici avec avantage.

Contre l'hyperesthésie cutanée, les onctions avec des pommades calmantes au chloroforme, à l'opium, etc.; les injections hypodermiques de morphine pourront rendre de très-grands services pour calmer les douleurs qui sont parfois intolérables.

Danielssen et Bœck, Duchenne (de Boulogne), ont retiré quelques avantages de l'emploi de l'électricité contre l'anesthésie cutanée et les contractures.

Dans ces dernières années on a beaucoup préconisé un mode de traitement qui a été officiellement donné par le Dr Bakewell dans une « *Correspondence relating to the Discovery of an alleged cure of Leprosy*, » publiée dans les *Archives parlementaires de* 1871 [1].

Ce traitement ne s'applique qu'aux malades qui sont encore dans la première période de la maladie, c'est-à-dire chez lesquels la lèpre ne remonte pas à plus de deux ans et dont les lésions sont exclusivement limitées à la peau ou au moins dont la bouche est très-légèrement envahie. Si le larynx est attaqué et quoique à d'autres égards le malade soit dans de bonnes conditions, il faut savoir qu'on ne le traite que pour le soulager, car, jusqu'ici, aucun des cas dans lesquels la cavité buccale ou le larynx était envahi par les altérations lépreuses n'a été complétement guéri.

La lèpre anesthésique et la lèpre tuberculeuse sont également justiciables de ce traitement qui, bien entendu, a d'autant plus de chances de succès que le mal est plus récent et moins intense.

La médication se compose de trois parties : 1° hygiène ;

[1] Tilbury Fox, *Skin diseases*, 3e éd., p. 328.

2° applications locales sur les parties malades ; 3° remèdes internes.

Mesures hygiéniques. Elles sont indispensables. Sans leur concours on ne peut obtenir qu'une amélioration passagère. Elles consistent à placer le malade dans un air pur : à lui donner une alimentation réparatrice, notamment une quantité convenable d'aliments frais chaque jour ; à supprimer le poisson et toute espèce de mets épicés, la viande de porc frais ou salé ; à faire prendre une proportion suffisante de légumes frais ; si les malades en font déjà usage, on leur prescrira une dose modérée de vin léger, mais ce n'est pas indispensable.

Les *applications externes* consisteront en bains d'eau de savon deux fois par jour ; en frictions huileuses sur toute la surface cutanée. On peut employer l'huile de coco ou simplement l'huile d'olive. On laisse l'huile pendant trois ou quatre heures sur la peau, et ensuite on fait prendre un bain de propreté dans de l'eau de savon.

On fait alors sur les parties malades et au moyen d'une petite éponge une onction d'huile de noix d'acajou. Il faut d'abord ne faire porter cette application que sur une portion restreinte de peau, par exemple de la largeur de la main, et, suivant les résultats obtenus, on la pratiquera ensuite sur des surfaces plus étendues. Au bout de douze à vingt-quatre heures, l'huile produit une vésication.

Il faut, autant que possible, ne pas rompre l'épiderme de manière que l'exsudation puisse se dessécher et former une croûte. Après dix ou douze jours, cette croûte se détachera, laissant la peau parfaitement nette et sans aucune ulcération. Si les parties sont *engourdies*, mais non tout à fait anesthésiées, la sensibilité reviendra complétement après une première application ; si, au contraire, l'anesthésie est complète, deux ou trois onctions avec l'huile d'acajou seront nécessaires pour rétablir la sensibilité normale.

On ne doit pas faire ces applications sur une surface plus considérable qu'une jambe, un avant-bras ou sur une partie d'une dimension équivalente, et entre chaque application il est indispensable de mettre un intervalle d'au moins une semaine.

S'il survient, comme cela a lieu très-souvent, des éruptions herpétiques ou autres, le Dr Beauperthuis emploie avec grand avantage les deux liniments suivants :

1° Saturez 30 grammes d'alcool avec de l'iode. Quand la solution est complète, ajoutez une solution de soude caustique en excès; peu importe qu'il y en ait un peu plus ou un peu moins, pourvu que la dose soit suffisante pour s'unir avec tout l'iode; ajoutez alors 680 grammes d'huile d'olive ou de coco. Agitez le mélange avec soin avant de l'employer;

2° Prenez : jaunes d'œuf n° 2; baume de copahu 130 grammes; faites une émulsion; ajoutez 500 grammes d'huile d'olive ou de noix de coco.

Il faut employer ce liniment au lieu de bains huileux dans tous les cas où il y a un état squameux de la peau.

Quand les pieds sont affectés, comme il n'est pas commode de se servir d'huile d'acajou, on la remplace par des bains de pieds chauds d'huile de coco matin et soir. On doit recommander d'en surveiller avec soin la température qui ne doit pas dépasser 34° centigrades, car la sensibilité étant diminuée ou nulle, le malade pourrait avoir les pieds brûlés sans s'en apercevoir.

Les *remèdes internes* administrés par le Dr Beauperthuis sont le bi-chlorure de mercure à la dose de 2 à 3 milligrammes deux fois par jour pour les adultes. Dans les cas où le mercure est contre-indiqué, le Dr Beauperthuis donne le carbonate de soude à la dose de 0,60 centigrammes à 1 gramme deux fois par jour.

Selon le Dr Milroy, cité par le Dr T. Fox, les résultats obtenus par le traitement du Dr Beauperthuis seraient dus surtout à

l'emploi des mesures hygiéniques et à l'usage des aliments frais.

En résumé, la première et la plus importante de toutes les conditions dans le traitement de la lèpre est de quitter les pays où cette maladie est endémique. Le régime et l'observance des règles hygiéniques contribueront plus que tous les remèdes sinon à guérir, du moins à atténuer l'intensité des symptômes et à rendre moins grave l'évolution des phénomènes morbides et des complications.

EXFOLIATIONS CONGÉNITALES

ICHTHYOSE

Sous le nom d'*ichthyose* on désigne un état particulier de la peau qui est caractérisé par une sécheresse remarquable de la surface cutanée et par la formation de squames épidermiques, semblables à des écailles de poisson, de coloration variable le plus ordinairement minces, parcheminées, d'autres fois dures et cornées.

L'ichthyose n'est pas une maladie, mais une conformation défectueuse de la peau, une véritable difformité. Elle est presque toujours congénitale et généralisée. Toutefois on rencontre des ichthyoses locales et d'autres acquises.

Les dermatologistes anglais ont décrit sous le nom de *xérodermie* (*dry skin*) un état particulier de la peau, dans lequel sa surface cutanée est sèche, dure, fissurée ; les plis et les sillons plus marqués qu'à l'état normal. Ce ne serait là, en quelque sorte, que le premier degré de l'ichthyose. Cet état de la peau s'observe assez fréquemment chez les individus scrofuleux, surtout aux épaules et à la partie supérieure et externe des bras.

Les écailles juxtaposées, très-adhérentes au derme sous-

jacent sont parfois brillantes, nacrées, — *ichthyose nacrée* (Alibert). C'est à cette variété d'ichthyose que M. Hardy a proposé de donner le nom d'*ichthyose pityriasique*.

D'autres fois la peau est sèche, épaissie, les plis cutanés sont apparents, nombreux, la matière sébacée est altérée et se retrouve mêlée à l'exfoliation épidermique se montrant alors sous forme d'écailles dures, épaisses, fendillées, d'un gris sale, qui font ressembler la surface cutanée à la peau d'un lézard ou à celle d'un serpent, — *ichthyose serpentine*; *ichthyose sébacée* ou *sauriosis* (Er. Wilson); *ichthyose simple* (Hebra).

Enfin, les squames épidermiques, au lieu de se présenter comme dans les variétés précédentes, constituent par leur accumulation sur la peau de véritables saillies, légèrement élevées au-dessus de la surface cutanée. Ces aspérités sont, en général, coniques, leur extrémité libre est arrondie, leur longueur est variable; cependant, d'après Er. Wilson, elle ne dépasserait jamais un quart de pouce; elles donnent à la peau un aspect inégal, rugueux, — *ichthyose cornée*. On a comparé la peau dans ces cas à celle des *porcs-épics*, *porcupine disease*, *sauriosis spinosa*, *ichthyosis sébacée spinosa* (Wilson); *ichthyosis hystrix* ou *hystricissimus*.

Chez quelques vieillards, la peau présente des modifications analogues à celles que l'on observe dans l'ichthyose : elle est sèche, décolorée, amincie, peu adhérente aux tissus sous-jacents, les rides y sont nombreuses et persistantes, l'épiderme est fendillé et se desquame sous forme de petites lamelles très-minces, parcheminées, — *ichthyose sénile*. Ce n'est pas là une véritable ichthyose, car, loin d'être congénital, cet aspect ne s'observe qu'à une période avancée de la vie. Cette espèce d'état atrophique de la peau s'accompagne fréquemment aussi de petites concrétions grisâtres ou brunâtres qui ressemblent au premier abord à une accumulation de saleté ou à des verrues aplaties. On ne peut les

faire disparaître au moyen des ablutions ordinaires, si on les détache avec l'ongle, la peau sous-jacente paraît excoriée et saigne facilement (Hebra, Wilson). On rencontre encore l'ichthyose localisée en des points circonscrits de la peau. M. le professeur Hardy a tout particulièrement insisté sur ces ichthyoses partielles. A la face, elles se présentent par plaques plus ou moins étendues, sur lesquelles la peau est rouge, rugueuse, desquamante; leur siége le plus habituel est aux sourcils.

Quand l'ichthyose est circonscrite à la paume des mains et à la plante des pieds, la peau dans ces régions présente une sécheresse remarquable, elle est très-épaissie, rude au toucher et sillonnée de nombreuses fissures entre-croisées.

On voit aussi des ichthyoses partielles survenir quelquefois sur des parties qui ont été à plusieurs reprises le siége d'inflammations chroniques de la peau, de poussées eczémateuses répétées, — *ichthyoses acquises.*

Enfin, sous le nom d'ichthyose de la langue, les dermatologistes anglais et américains ont décrit une lésion de la langue et de la muqueuse buccale qui est connue en France sous le nom de psoriasis buccal. Nous renvoyons ce que nous avons à en dire au chapitre *Psoriasis.*

L'ichthyose est en général plus prononcée sur la face externe des membres, notamment au niveau des articulations, que dans le sens de la flexion. Toutefois l'ichthyose serpentine s'observe souvent sur l'abdomen et à la surface interne des bras et des cuisses. La face, les parties génitales, les plis articulaires, la paume des mains et la plante des pieds sont le plus souvent indemnes de productions ichthyosiques. Aussi la transpiration qui a complétement disparu sur les parties malades, persiste-t-elle dans ces régions, parfois même plus abondante qu'à l'état normal.

L'ichthyose ne s'accompagne d'aucun trouble appréciable de la santé, les ichthyosiques sont en général robustes et bien

portants. L'altération cutanée ne donne lieu ni à du prurit, ni à des malaises quelconques.

L'ichthyose, avons-nous dit, est presque toujours congénitale, et si l'on ne constate souvent sa présence qu'un certain temps après la naissance, cela tient, croyons-nous, à ce que les soins de propreté, les bains fréquents que l'on fait prendre aux nouveau-nés empêchent de reconnaître au début l'état anormal de la surface tégumentaire.

Cependant d'après Hebra, Neumann et d'autres dermatologistes, ce ne serait que vers l'âge de deux ans que l'on remarquerait l'apparition de l'ichthyose; jusqu'à ce moment les seules lésions perceptibles sont une légère desquamation pityriasique.

L'ichthyose des nouveau-nés, de quelques auteurs, dans laquelle la peau est d'un rouge brun, rugueuse, fendillée, se détachant sous forme de larges squames et qui présente une certaine analogie avec l'enveloppe d'une pomme cuite (Hebra), ne doit pas être confondue avec l'ichthyose. En effet, les enfants qui présentent cette altération de la peau meurent en général peu de jours après la naissance. Dans un cas observé par Hebra, l'enfant atteint de cette lésion cutanée guérit et depuis il n'a jamais presenté d'ichthyose. On désigne cet état du tégument sous le nom de *cutis testacea* (Berend); Lebert l'a décrit sous le terme de *keratosis diffusa epidermica intra-uterina.*

Parfois aussi les parents n'y font pas une attention suffisante ou n'y attachent pas d'importance et ne viennent demander l'avis du médecin que lorsque la maladie existe depuis une ou plusieurs années.

En dehors de l'hérédité il est impossible d'assigner une cause à l'ichthyose. Le plus souvent, en effet, on retrouve l'influence ichthyogène dans la famille, sinon toujours chez le père ou la mère, du moins chez les ascendants directs ou dans une ligne collatérale. « Cette influence héréditaire est

telle, dit M. le professeur Hardy[1], que, dans les cas où elle échappe complétement, l'exception apparente à la règle peut être expliquée le plus souvent par l'introduction illégitime dans la famille, d'un individu étranger, qu'on a pu retrouver quelquefois parmi les amis ou les voisins. » Peut-être est-ce aller un peu loin dans la part que l'on doit faire à l'hérédité dans la production de cette difformité.

L'hérédité n'est pas fatale, car il n'est pas rare de rencontrer dans une famille où l'ichthyose existe, soit du fait du père, soit de celui de la mère ou d'autres ascendants, des enfants qui ont hérité de la maladie et d'autres qui sont épargnés par elle.

Quant aux *envies* ou aux *émotions*, se rapportant à des poissons ou à des reptiles, éprouvées par la mère pendant la grossesse, nous croyons que ce sont des fables auxquelles il est difficile d'accorder le moindre crédit.

Traitement. — L'ichthyose ne se guérit pas. Une fois déclarée elle persistera toute la vie. Elle ne constitue jamais un état grave et ne donne lieu à aucun trouble appréciable de la santé ; à un degré prononcé elle peut, il est vrai, déterminer une certaine gêne dans les mouvements, mais à l'aide d'un traitement palliatif il est toujours facile de remédier aux inconvénients qu'entraîne, chez les ichthyosiques, l'état sec et écailleux de l'épiderme.

Si donc la thérapeutique est impuissante à triompher de cette espèce de difformité de la peau, elle peut du moins arriver à en atténuer les inconvénients d'une manière notable. Avec des soins réguliers et surtout persévérants on parviendra à rendre au tégument ses conditions normales.

D'après les considérations que nous avons émises sur la nature de cette altération cutanée, tout traitement interne, quel qu'il soit, est inutile; seules les applications locales peuvent avoir quelque efficacité.

[1] *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, p. 309.

Toutefois l'arsenic en raison de son action sur l'épiderme pourrait être conseillé. D'après Hunt[1] l'ichthyose serait curable et céderait souvent à un traitement arsenical aussi facilement que toute autre maladie de la peau, quoique pas tout à fait aussi sûrement. « J'ai fréquemment vu, dit ce dermatologiste, des cas dans lesquels la peau a, pendant plusieurs années, présenté un aspect rude et rugueux, à peine humain et, sous l'influence de l'arsenic, toute la surface cutanée devenir souple et délicate. Dans quelques circonstances, cette restauration de la sécrétion naturelle a été permanente; dans d'autres, la maladie est revenue; mais, dans toutes, il est possible d'atténuer cette disposition aux fissures et aux rhagades qui surviennent principalement durant l'hiver. »

Bateman, Ellioston, etc., ont fortement préconisé l'administration interne du goudron, mais ce remède a échoué entre les mains de la plupart des dermatologistes. M. Bazin notamment déclare n'avoir retiré aucun avantage de son emploi.

Pour ma part, je n'ai jamais obtenu, dans les cas soumis à mon observation, aucun résultat d'une médication interne. Si les enfants atteints d'ichthyose sont chétifs, débilités, etc., l'arsenic, l'huile de morue, le fer, les amers, pourront être utiles pour reconstituer l'organisme, mais nous n'avons jamais vu l'altération de la peau se modifier sous l'influence de ces agents thérapeutiques employés seuls. Du reste, les enfants ichthyosiques que nous avons eu l'occasion de voir étaient d'une bonne constitution.

C'est donc au traitement local qu'il faut toujours s'adresser.

De tous les moyens externes, ceux sur lesquels les dermatologistes insistent le plus sont les bains. Peu importe leur composition; sous l'influence de bains fréquemment renouvelés, on voit les squames épidermiques se détacher rapide-

[1] *A guide to the treatment of diseases of the skin*, 9e édit., p. 93.

ment. Si l'affection est légère, la peau perd promptement son aspect rugueux, grisâtre, elle devient souple, normale; dans les cas plus graves, ichthyose cornée, le tégument conserve cependant toujours un certain degré de rudesse. Que l'on ait recours à des bains simples ou additionnés de savon, de son ou d'amidon, ou d'une décoction de mauve ou de graine de lin, à des bains alcalins, sulfureux ou salés, les résultats seront à peu de chose près les mêmes.

Les bains de vapeur, les bains turcs, sont aussi très-utiles et amènent au bout de peu de jours une amélioration dans l'état de la peau.

On a conseillé autrefois des bains de glycérine (Startin), mais vu le prix élevé du médicament on y a renoncé aujourd'hui. Le Dr Nayler conseille de les remplacer par des bains d'eau ordinaire après lesquels on éponge le malade avec de l'eau tiède additionnée de glycérine — 60 à 80 grammes de glycérine pour un ou deux litres d'eau.

Mais outre les bains, le traitement local doit encore comprendre des onctions avec des corps gras, tels que : huile d'olive, d'amande douce, glycérine, axonge benzoïnée, beurre de cacao, huile de cade, pommade au goudron, frictions avec le savon vert, etc. Toutes ces préparations agissent de la même manière ; elles ramollissent les squames épidermiques et il suffit ensuite pour les détacher d'un bain ou deux, ou de lotions avec de l'eau et du savon.

La pommade à l'iodure de potassium, conseillée par Neligan, n'a pas d'autres propriétés que celles des corps gras que nous avons énumérés. Neumann recommande la préparation suivante :

Talc de Venise pulv.	ãã 10 grammes.
Sperma ceti.	
Craie blanche.	ãã 40 »
Huile d'olive.	
Huile de néroli.	10 gouttes.

Telles sont les règles qui doivent servir de guide dans le traitement de cette difformité cutanée, il sera du reste facile de varier les topiques ou la composition des bains ; pour nous, nous employons habituellement le traitement que nous avons vu conseiller avec succès par notre confrère et ami, M. le Dr Lailler[1], et dont, dans maintes circonstances, nous avons été à même de constater les bons résultats :

Un bain savonneux avec frictions trois fois par semaine pour enlever les squames épidermiques ; matin et soir onctions prolongées et léger massage sur toutes les parties malades, avec le glycérat d'amidon du Codex, additionné de 10 pour 100 d'eau distillée de laurier cerise, pour masquer l'odeur un peu fade de la glycérine et calmer les démangeaisons[2].

Au bout de quelque temps on se borne à une onction par jour, et quand la peau a repris son apparence normale, un bain savonneux par semaine, suivi immédiatement d'une onction avec le glycérat d'amidon ou la glycérine pure, suffisent pour maintenir à la peau sa souplesse normale.

De tous les corps gras que l'on peut employer dans le traitement de l'ichthyose, la glycérine est incontestablement celui auquel on doit donner la préférence. Ainsi que le remarque notre savant confrère de l'hôpital Saint-Louis, la glycérine ne tache pas comme les huiles ou les pommades, elle est miscible à l'eau et il suffit d'un simple lavage pour

[1] Lailler, *Sur la nature et le traitement de l'ichthyose*, in *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, t. I, p. 82 et suiv.

[2] Voici la formule du *Codex :*

Amidon pulvérisé.	10 grammes.
Glycérine.	150 »

Mélangez les deux substances, faites-les chauffer dans une capsule de porcelaine à une chaleur ménagée en remuant avec une spatule jusqu'à ce que la masse soit prise en gelée. (M. Lailler augmente de 5 grammes la quantité d'amidon, et quand il est cuit et que la masse est sur le point de se prendre, on ajoute 15 grammes d'eau distillée de laurier cerise.)

l'enlever complétement. La glycérine présente encore une supériorité réelle par son avidité pour l'eau ; ainsi, au lieu de s'évaporer lorsqu'elle est étendue sur la peau, elle absorbe l'humidité atmosphérique et maintient la souplesse des tissus avec lesquels elle est en contact. Il importe toutefois de se servir exclusivement de glycérine neutre pour éviter qu'elle ne rancisse, cause d'irritation pour la surface tégumentaire. Enfin, M. Lailler recommande de n'employer qu'une quantité modérée de topique — glycérat d'amidon ou glycérine pure — afin que l'onction terminée, la peau soit souple, onctueuse, mais ne colle pas à la main quand on la touche.

Mais tant qu'on n'aura pas trouvé le moyen de ramener à l'état physiologique la sécrétion de l'épiderme, on verra au bout d'un certain temps les productions ichthyosiques se reproduire comme avant toute médication. Aussi les sujets atteints de cette difformité doivent-ils, s'ils veulent avoir la peau nette et souple, faire toute leur vie un usage régulier de bains et d'onctions glycérinées ou huileuses.

Des exanthèmes aigus, comme la variole, la scarlatine, la rougeole, peuvent avoir une influence favorable sur l'ichthyos (Hebra, Neumann). Hebra notamment a observé deux cas de ce genre. Dans le premier, une rougeole fit disparaître, chez une jeune fille de dix-huit ans, une ichthyose simple ; dans le second, une variole grave guérit d'une manière définitive une ichthyose cornée très-intense.

EXFOLIATIONS ACQUISES

PITYRIASIS

Éruption caractérisée dès le début par une desquamation furfuracée ou farineuse, avec léger prurit, parfois un peu de chaleur à la peau. Dans quelques circonstances cet état suc-

cède, comme nous l'avons vu, à l'eczéma, mais dans ces cas l'éruption est plus diffuse, la rougeur et l'infiltration cutanées plus prononcées, quoique souvent le diagnostic de cet état avec le pityriasis ordinaire puisse devenir très-difficile, — *pityriasis eczémateux*.

A son degré le plus léger, l'affection se présente sous la forme de quelques plaques irrégulières, sans changement de coloration de la peau dont l'épiderme s'exfolie à l'état de poussière farineuse. Parfois cette éruption est le siége de démangeaisons assez vives. C'est un état ordinairement fugace, passager, qui peut s'observer sur toutes les régions du corps, — *pityriasis alba*, *pityriasis simple* (herpétique), de M. Bazin.

A un degré plus persistant, cette éruption constitue le pityriasis du cuir chevelu, de la barbe, des aisselles, en général des parties velues ou découvertes. Au début il se fait, comme dans le premier cas, une sécrétion de petites squames épidermiques très-minces, très-circonscrites, analogues à des particules de son et qu'on voit recouvrir le collet des vêtements. C'est en général une maladie très-longue et très-tenace; souvent elle entraîne la chute des cheveux, mais dans d'autres cas elle persiste pendant bien des années, parfois même indéfiniment sans que les cheveux paraissent diminuer de nombre — *pityriasis alba perstans*, de M. Devergie; *pityriasis chronique arthritique*, de M. Bazin. D'après ce dernier auteur les surfaces affectées de pityriasis arthritique sont le siége de prurit et plus souvent encore de picotements et d'élancements.

D'après les nouvelles recherches de M. Malassez on trouverait presque toujours dans le *pityriasis capitis* un cryptogame : aussi renvoyons-nous, pour plus amples détails sur sa nature anatomique, aux dermatoses que nous avons groupées sous le nom de *maladies à éléments parasitaires indéterminés*.

Quant aux pityriasis de nature constamment parasitaire —

pityriasis versicolor et *pityriasis tricophytique* — il en sera question au chapitre des *affections cutanées parasitaires à parasites végétaux*.

Sous le nom de *pityriasis rubra* on désigne généralement des plaques rouges, disséminées, circonscrites, irrégulières, plus ou moins étendues, recouvertes de squames épidermiques minces, fines, grisâtres, adhérentes à la peau. Ces plaques ont pour siége habituel le cou, la poitrine, les mains, etc. Le pityriasis existe à l'état aigu et sa durée habituelle est de cinq à huit septénaires. Souvent il s'accompagne d'une légère réaction fébrile.

M. Bazin reconnaît deux variétés de ce pityriasis : le *pityriasis maculata* et le *pityriasis circinata* (cette dernière variété constitue le *pityriasis circiné* de M. Hardy). Dans cette dernière forme les taches pityriasiques se réunissent pour former des cercles plus ou moins étendus.

Une autre variété de pityriasis est encore décrite par MM. Devergie, Hardy et d'autres dermatologistes sous le nom de *pityriasis pilaris*, dans lequel on trouve la peau rugueuse, inégale, épaissie au niveau des orifices des follicules pileux. A l'exemple de MM. Cazenave et Bazin, nous croyons que cet état n'est qu'une des formes du lichen, il en a déjà été question sous le nom de *lichen pilaris*.

Enfin, il est une dernière variété désignée par Hebra sous le nom de *pityriasis rubra généralisé*, qui n'a rien de commun avec le pityriasis rubra ordinaire dont il a été parlé précédemment. Voici, résumés aussi brièvement que possible, les traits essentiels de cette affection :

Rougeur intense, profonde de la peau, sans exsudation humide à aucune période, mais avec desquamation abondante de squames épidermiques, minces, blanches, lamelleuses, sans autres lésions cutanées apparentes, sans démangeaisons ni excoriations. Affection à début brusque, envahissant souvent toute la surface cutanée et persistant dans le même état

pendant toute sa durée, qui peut se prolonger plusieurs années.

Au début, le malade n'éprouve aucun symptôme fâcheux, la teinte seule de sa peau lui révèle l'existence de la maladie; mais plus tard il perd graduellement ses forces, l'appétit diminue, il maigrit, ses muscles deviennent flasques et finalement il meurt d'épuisement.

Cette affection cutanée dont nous n'avons jamais vu qu'un seul cas susceptible d'être rapporté à la description ci-dessus paraît se manifester chez les personnes âgées et débilitées. D'après Hebra le pronostic serait toujours fatal. Dans le cours de sa longue pratique, le dermatologiste de Vienne n'en aurait observé que trois exemples. Er. Wilson partage complétement l'opinion d'Hebra à propos de cette affection qu'il a observée avec des caractères identiques et qu'il décrit sous le nom de *pityriasis rubra foliacea*. Seulement son pronostic serait moins défavorable. M. Hardy rattache cette affection au pemphigus ; *pemphigus foliacé*.

Cette même maladie a été décrite par M. Bazin sous la dénomination d'*herpétide exfoliatrice*. D'après l'éminent dermatologiste cette forme morbide pourrait succéder à diverses affections cutanées, telles que le pemphigus, l'eczéma, le pityriasis, le psoriasis. Elle serait l'un des types les plus accentués de la dartre. D'accord avec les auteurs précédents, le médecin de l'hôpital Saint-Louis considère cette affection comme très-grave; le sujet, sous l'influence de cette abondante exfoliation épidermique, tombe rapidement dans le marasme et est ensuite bientôt emporté par une maladie intercurrente.

Sous le titre de : *Dermatite exfoliatrice généralisée*, M. Percheron a groupé un certain nombre de cas qui tous présentent les caractères distinctifs de la légion cutanée que nous étudions : abondance de l'exfoliation épidermique et généralisation de l'éruption. Or, comme il paraît aujourd'hui

démontré, ainsi que l'avait déjà indiqué M. Bazin, que cet état n'a pas toujours pour point de départ les mêmes lésions cutanées, il y avait avantage à réunir sous une même dénomination les faits décrits par les auteurs sous les noms de pityriasis rubra généralisé, pityriasis rubra foliacea, eczéma lamelleux, psoriasis généralisé, pemphigus foliacé, herpétide exfoliatrice.

Sous quelles influences se produisent les différents pityriasis dont nous avons essayé d'esquisser à grands traits les principaux caractères? Pour les pityriasis parasitaires, il ne saurait y avoir doute, ce sont des affections de cause externe : la présence du parasite est le point de départ de l'éruption.

Dans le pityriasis capitis (pityriasis chronique arthritique de M. Bazin), l'élément parasitaire paraît jouer un rôle important. Mais dans ce cas le champignon est-il la cause ou le résultat de la maladie? C'est là une question non encore complétement résolue et dont la solution appelle de nouvelles recherches. D'après M. Bazin cette forme de pityriasis serait de nature arthritique ; quant au pityriasis alba, pityriasis simple de M. Bazin, ce serait une affection se rattachant à la diathèse dartreuse. Le pityriasis eczémateux rentrerait évidemment dans la même classe d'affections.

Quant aux autres formes du pityriasis, les causes en sont peu connues. Les influences saisonnières, notamment les premières chaleurs du printemps, semblent être une des causes occasionnelles les plus ordinaires du pityriasis rubra aigu. Il paraît être le plus souvent idiopathique. Il peut être aussi, d'après M. Bazin, symptomatique de l'arthritis et de la dartre. Dans le premier cas, dit ce dermatologiste, on le voit apparaître sous l'influence du froid, attaquer des individus qui présentent tous les caractères de la constitution arthritique, tandis que le pityriasis herpétique récidive fréquemment, se montre à la suite d'émotions morales, coexiste avec des migraines, des dyspepsies herpétiques, etc.

Traitement. — Le pityriasis à son degré le plus léger, sous

forme d'efflorescences farineuses légères, occupant des points circonscrits de la face, comme on l'observe si fréquemment chez les jeunes gens, soit spontanément, soit à la suite de l'usage du rasoir, est une maladie très-fugace dont quelques bains émollients, de son ou d'amidon, des lotions avec de l'eau additionnée de quelques gouttes de teinture de benjoin, de vinaigre, etc., ou un peu de cold-cream, font promptement justice.

Mais quand le pityriasis a son siége au cuir chevelu, à la barbe, dans les sourcils, il réclame un traitement plus complet. Néanmoins, il est, tout d'abord, un point sur lequel nous devons particulièrement appeler l'attention, c'est d'éviter les soins detoilette consistant à vouloir se débarrasser, par l'usage prolongé et réitéré du peigne fin, des pellicules dont la reproduction incessante dans les régions malades est une cause constante de préoccupation pour certaines personnes. En agissant ainsi on nettoie, il est vrai, momentanément la tête, mais au prix de l'irritation du cuir chevelu, irritation qui, on le comprend, est en raison directe de la persévérance, de la ténacité que l'on met à se faire enlever les pellicules épidermiques. Souvent même, par le fait de ces manœuvres irrationnelles, un léger état pelliculaire de la tête s'est transformé en véritable pityriasis, et cela sous la seule influence de soins acharnés de.... *propreté.*

Aussi, bien des fois avons-nous obtenu une atténuation marquée de la sécrétion épidermique en conseillant simplement à nos malades de s'abstenir dorénavant du peigne fin, de se contenter pour leur toilette du démêloir et d'une brosse douce.

Une seconde question se présente : doit-on faire couper les cheveux ? Bien entendu il ne saurait y avoir le moindre doute chez l'homme; mais quant à la femme, il lui est souvent très-pénible de sacrifier en un instant ce qui ne se reproduit qu'en l'espace de quelques années, une longue et belle chevelure. Appliquant à la lettre le précepte de Cicéron (*de Amicitiâ*), bien des mères disposées à couper leurs propres che-

veux, deviennent intraitables quand il s'agit de leurs enfants dont elles soignent la chevelure avec une sollicitude souvent plus affectueuse qu'éclairée.

Pour nous, le pityriasis du cuir chevelu entraînant habituellement la chute des cheveux, nous n'hésiterons jamais, chez les jeunes filles, à conseiller ce sacrifice qui a pour but de permettre l'emploi d'une médication réellement efficace, médication que, sans cette précaution, il serait bien difficile, sinon impossible, d'appliquer.

M. Bazin recommande surtout contre cette forme du pityriasis, *pityriasis arthritique chronique*, le traitement par les alcalins : 4 à 10 grammes de bi-carbonate de soude pour 500 grammes de sirop de saponaire, ou de tolu, de fumeterre, etc. Une eau alcaline coupée avec le vin aux repas.

Après avoir fait raser ou couper presque ras les cheveux ou les poils qui recouvrent les parties malades, il fait pratiquer tous les trois jours des badigeonnages avec l'huile de cade sur les parties affectées.

Trois ou quatre fois par jour il ordonne des lotions avec une solution de glycérine ou de saponine et une faible dose de carbonate de soude :

Eau de son.	500 grammes.
Glycérine anglaise.	30 »
Carbonate de soude.	0,25 centigr. à 1 gr.

Bains alcalins et bains de vapeur, douches alcalines et douches de vapeur.

Chez les pityriasiques, la peau est sèche, fonctionne mal : aussi une des premières indications à remplir est-elle de régulariser ces fonctions. L'emploi des bains russes, conseillé avec insistance par M. Devergie, nous a toujours donné d'excellents résultats. S'il existe en même temps des démangeaisons avec chaleur à la peau, la poudre d'amidon et les lotions d'eau vinaigrée en triomphent facilement.

Une fois la période inflammatoire passée, alors qu'il ne reste plus qu'une desquamation épidermique, tous les modificateurs de la vitalité du tégument sont appelés à rendre des services; il importe seulement de les employer à dose modérée et d'éviter une trop vive excitation des parties malades. L'huile de cade, le goudron à la dose de 0,60 centigrammes à 1 gramme pour 30 grammes d'axonge benzoïnée, le soufre, les alcalins, le calomel, etc., en pommade, sont également utiles. Nous en dirons autant des lotions alcalines, au borate, au carbonate de soude.

Le choix à faire entre ces divers agents sera guidé par les considérations précédentes.

Les bains sulfureux ou alcalins ont aussi une action légèrement excitante très-précieuse dans ces cas; aussi doit-on y avoir recours une ou deux fois par semaine, notamment dans la forme circinée dont les manifestations sont plus directement atteintes par ce mode de traitement.

Comme médication interne, c'est encore à l'arsenic, en raison de ses propriétés antiherpétiques et de son action élective sur la peau dont il relève la nutrition et la tonicité, que nous donnons la préférence.

Si l'hérédité du pityriasis est plus difficile à démontrer que celle de l'eczéma, il n'en est pas moins certain que ses fréquentes récidives et sa ténacité tendent à démontrer une corrélation réelle entre lui et cet état de l'organisme que nous avons désigné sous le nom de diathèse herpétique, diathèse dont on sait que les manifestations sont favorablement modifiées par une médication arsenicale appropriée avec intelligence aux exigences pathologiques ainsi qu'à la tolérance de l'organisme.

Le pronostic fatal porté par Hebra sur le sort inévitablement réservé, selon lui, aux individus atteints de pityriasis rubra généralisé ne se réalise heureusement pas toujours. Si, dans les trois cas rapportés par le dermatologiste de Vienne,

l'issue de la maladie a été mortelle, d'autres auteurs (Devergie, Wilson, Fox, Percheron, etc.) ont pu enregistrer des succès.

L'arsenic, qui, au premier abord, semblait indiqué, est resté toujours impuissant. Tilbury Fox a même vu un pityriasis rubra généralisé survenir chez un psoriasique durant le cours d'un traitement arsenical.

Si l'on se place à un autre point de vue et que l'on considère l'affection comme étant sous la dépendance de l'arthritis, on devra songer à la médication alcaline. Mais pas plus que le traitement antiherpétique, les alcalins n'ont donné des résultats satisfaisants.

Relever les forces, favoriser la sécrétion rénale pour alléger les fonctions cutanées et enfin chercher à remplacer artificiellement la couche protectrice de la peau, c'est-à-dire l'épiderme, telles sont les trois indications fondamentales posées par M. le Dr Tilbury Fox pour le traitement de cette redoutable affection.

Les toniques (huile de foie de morue, fer, quinquina, etc.), les diurétiques et enfin localement des onctions générales avec de l'huile d'olive, dans le but de préserver la surface malade du froid, de la chaleur et des autres agents extérieurs dont l'influence stimulante pourrait s'exercer d'une manière fâcheuse, telles sont donc ici les bases d'une médication rationnelle. Plus tard, des bains alcalins et des applications de goudron ont, dans quatre cas de pityriasis rubra généralisé, donné d'excellents résultats.

On peut surtout, chez ces malades, avoir recours aux divers modes de pansement que nous avons indiqués contre le pemphigus foliacé. Le liniment oléo-calcaire rendra souvent d'utiles services en formant une couche protectrice qui atténuera les souffrances ; il agira, du reste, comme les autres corps gras ou les pansements ouatés que l'on pourrait également employer dans ces cas.

PSORIASIS

S'il est une affection cutanée rebelle, à manifestations tantôt insidieuses, tantôt évidemment caractéristiques, à coup sûr c'est le *psoriasis*. Quel est le médecin qui n'a pas observé de ces cas où l'on voit apparaître, sur une région du corps, des taches rougeâtres, à peine perceptibles, dont l'absence de signes tranchés non-seulement vous laisse toute quiétude pour l'avenir, mais encore vous permet de compter sur une guérison prochaine ?

Bientôt, il est vrai, le tableau changera et des indices trop peu contestables viendront mettre un terme à vos illusions, car le psoriasis est en général facilement reconnaissable, du moins quand il existe depuis un certain temps.

Des squames épaisses, d'un blanc nacré, reposant sur une peau rouge hyperémiée, épaissie, avec absence complète de sécrétion humide, tels sont les symptômes types de l'affection.

L'aspect des squames du psoriasis est tout à fait spécial. caractéristique ; elles sont constituées par la superposition de lamelles épidermiques, disposées en couches d'une épaisseur variable ; quelquefois elles s'accumulent en quantité considérable, en forme de croûtes (*P. rupioide* de M. C. Anderson), et dont les plus profondes adhèrent intimement à la peau sous-jacente. Tout autour des squames existe un petit liséré rouge qui indique le mode périphérique de développement de l'éruption et qui bientôt aussi sera recouvert à son tour de lames épidermiques semblables.

Au-dessous des squames, la peau est rouge, d'un rouge foncé, parsemée de petits points de même coloration et saignant parfois facilement lorsqu'on arrache les squames.

Outre sa rougeur, la peau est infiltrée, épaissie. C'est là un phénomène presque constant, et d'autant plus prononcé que

le psoriasis est plus ancien. Aussi, au bout d'un certain temps, les plaques forment-elles une légère saillie au dessus du niveau de la surface cutanée devenue ainsi proéminente en ce point.

Cette affection envahit de préférence certaines parties de la peau, notamment les coudes et les genoux; le cuir chevelu, surtout le front, à la racine des cheveux; c'est dans l'examen de ces points d'élection qu'on devra chercher, que l'on trouve toujours l'élucidation d'un diagnostic douteux.

Le psoriasis coexiste souvent avec une excellente santé, il n'est nullement contagieux. De toutes les dermatoses, c'est sans contredit celle dont l'influence sur la santé générale est le moins appréciable, en même temps que celle dont les récidives sont les plus fréquentes, je pourrais presque dire certaines.

Que le psoriasis se présente sous l'aspect de plaques petites, circonscrites, disséminées sur le tronc et les membres, — *P. punctata;* ou en taches plus grandes, analogues à des gouttes de solution de plâtre ou de bougie, — *P. guttata ;* ou encore de l'étendue d'une pièce d'un franc, — *P. nummularia;* que l'éruption se développe sous forme de bandes comme on l'observe fréquemment dans la région dorso-lombaire, — *P. gyrata ;* ou en plaques larges occupant de grandes surfaces de la peau, pouvant même l'envahir presque complétement, — *P. diffusa*, ces variétés et bien d'autres encore dont la description nous entraînerait trop loin (*P. circiné*, *P. rupioide*, *P. inveterata*, etc.) n'ont aucun intérêt pratique, les plaques psoriasiques étant toujours identiques dans leur composition ; aussi ce n'est donc que par leur dimension, leur configuration, leur groupement, leur siége, etc., qu'elles présentent des différences.

Il est vrai que l'étendue, l'ancienneté de l'affection jouent d'autre part, comme nous le verrons bientôt, un rôle important au point de vue de la thérapeutique. Ainsi, dans le

psoriasis inveterata, le derme est très-épaissi, fissuré (au niveau des articulations, il existe souvent des crevasses, des gerçures qui rendent les mouvements très-douloureux), les squames sont larges, sèches et plus adhérentes que dans les autres espèces. L'ancienneté de la maladie et la fréquence des récidives caractérisent cette variété. Enfin, le psoriasis peut se présenter partout sous la même forme, ou bien, chez un même malade, on peut voir les diverses variétés que nous avons décrites, soit coexister, soit se succéder les unes aux autres.

M. Devergie divise le psoriasis en aigu et chronique. Dans quelques cas très-rares on voit, en effet, le psoriasis se développer dès sa première apparition d'une façon aiguë, il revêt alors les caractères de ce qu'on a appelé psoriasis scarlatiniforme. Mais le plus souvent c'est dans des manifestations secondaires, et surtout à la suite d'écarts de régime que l'on voit survenir des poussées aiguës de psoriasis.

Quelquefois les plaques de psoriasis sont recouvertes d'un mélange de squames et de lamelles épidermiques, deviennent le siége de démangeaisons et sécrètent, de temps à autre, un peu de sérosité, — P. *eczémateux* de M. Devergie. Cette variété s'observe principalement aux avant-bras et aux jambes, surtout au bas des jambes.

Le prurit est peu prononcé dans le psoriasis ; cependant lorsque l'affection est ancienne, que de nombreuses récidives se sont produites, les malades éprouvent parfois de violentes démangeaisons.

Quelles sont les causes du psoriasis ?

Autant les caractères objectifs sont précis, nettement accusés, difficiles à méconnaître, autant les origines de cette affection sont obscures, et jusqu'ici impossibles à définir.

Selon M. Bazin, le psoriasis de cause interne procéderait de l'arthritisme ou de l'herpétisme.

D'après l'éminent professeur, le psoriasis arthritique se

voit de préférence sur les régions découvertes, la tête, la paume des mains, la plante des pieds, etc., plus rarement aux coudes et aux genoux, siége ordinaire, suivant cet auteur, du psoriasis herpétique. Le psoriasis arthritique se présente sous l'aspect scarlatiniforme offrant les caractères de la variété qu'on a appellée nummulaire. Un des principaux attributs du P. arthritique est sa tendance à se convertir en une affection suintante, en eczéma. Les surfaces affectées de psoriasis arthritique sont ordinairement le siége de picotements et d'élancements. — Le psoriasis herpétique débute, au contraire, par les coudes et les genoux, et les plaques, loin d'être irrégulières et recouvertes de squames jaunes et humides comme dans le premier, sont arrondies et surmontées de squames blanches, argentées et sèches ; enfin le P. herpétique donne lieu à des démangeaisons.

M. le professeur Hardy rattache le psoriasis à la classe des dartres : « Nous le regardons, dit-il, comme une expression particulière de cette même maladie de tout l'organisme, de cette même diathèse que nous avons vue engendrer les eczémas et les pityriasis, et nous le présentons comme un nouveau mode de manifestation de cet état constitutionnel morbide qui s'exprime indifféremment et selon les idiosyncrasies par la vésicule de l'eczéma, la pustule de l'impétigo, le furfur du pityriasis ou la squame lamelleuse du psoriasis. »

Nous partageons entièrement, quant à nous, cette dernière manière de voir. La transmission héréditaire de ces affections, reconnue et admise pour le psoriasis par la plupart des dermatologistes, leurs récidives fréquentes, presque fatales dans cette dernière maladie, ne laissent aucun doute sur l'existence d'une cause interne, générale, d'une disposition constitutionnelle, *diathésique*, jouant ici le principal rôle pathogénique.

Voulons-nous dire par là qu'un psoriasique doit nécessairement procéder d'un père ou d'une mère atteints de la même affection ? Non certes : souvent, en effet, dans la même lignée

elle envahit seulement un individu et non tous ceux qui sont nés des mêmes parents. D'autres fois aussi la dartre, à l'instar du rhumatisme, de la goutte, peut sauter une génération et se transmettre à des enfants dont le père et la mère sont restés indemnes. — Hebra, tout en admettant la transmission héréditaire, se refuse absolument à rattacher le psoriasis à une origine dyscrasique ; l'hérédité, dans ces cas, serait sous la dépendance de la même loi en vertu de laquelle des enfants nègres, lors même qu'ils sont nés dans des climats tempérés, ont la peau noire comme leurs parents. Mais pour montrer le peu de fondement de cette assertion, il suffit de rappeler que jamais on ne voit, chez les nègres, la coloration caractéristique de la peau sauter une génération, comme pour les maladies à *germe héréditaire*.

Remarquons, d'ailleurs, que, dans une famille il n'est pas rare de voir, à côté d'une affection cutanée dartreuse, d'un psoriasis, le père, la mère et les autres enfants atteints de troubles du côté des muqueuses ou d'autres organes.

Cette année encore j'ai eu l'occasion d'observer chez une jeune fille de vingt ans, robuste, bien constituée, d'une santé parfaite, un psoriasis guttata et nummulaire dont la première manifestation remontait à cinq ans auparavant. Le père et la mère, ainsi que deux autres enfants, étaient de complexion délicate, tourmentés par des migraines, des dyspepsies, des douleurs rhumatismales. etc. De telles coïncidences font plus qu'éclairer la pathologie d'une dermatose isolée : elles jettent un jour précieux sur la nature, le mécanisme et la constatation des analogies morbides.

En dehors de l'hérédité, bien des causes ont été invoquées, le plus souvent d'une façon banale et sans que rien puisse cependant justifier la plupart des assertions émises sur ce point.

Le tempérament sanguin paraît plus accessible au psoriasis que les autres, et c'est sans doute grâce à cette raison

qu'on voit le psoriasis être plus fréquent chez les hommes que chez les femmes.

De même que pour l'eczéma, un régime excitant, des excès de boisson, des veilles prolongées, les impressions morales vives, les chagrins, etc., peuvent amener une poussée de plaques psoriasiques et par conséquent jouer le rôle de causes occasionnelles. Beaucoup d'auteurs signalent avec insistance, à ce titre, l'usage excessif de la charcuterie.

Si des agents irritants appliqués sur la peau déterminent l'apparition de jetées eczémateuses chez les sujets prédisposés, il n'en est pas de même pour le psoriasis, dont on voit rarement les manifestations cutanées succéder à l'application de substances âcres ou excitantes.

C'est en général de quinze à trente ans que cette affection débute le plus ordinairement.

PSORIASIS BUCCAL

(Expression créée par M. Bazin.)

« Comme véritable éruption squameuse, dit M. Lailler, dans sa désignation de cette affection, il y a un état de la muqueuse buccale, caractérisé par une coloration opaline comme celle qui succède à une forte application de nitrate d'argent; plus sèche, cette coloration est constituée par une couche épithéliale d'une épaisseur notable, mais inégale, ce qui donne à la surface l'apparence d'îlots, de brides nacrées; au toucher, ces plaques sont rudes, presque râpeuses; elles forment une sorte de blindage aux tissus qu'elles recouvrent. Lorsque la langue qui en est le siége le plus fréquent en est comme engaînée, elle est empêchée dans ses mouvements, et la mastication devient difficile et douloureuse; jusqu'à présent, j'ai toujours trouvé sa face inférieure indemne.

[1] *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, t. X, p. 239.

« Dans la plupart des cas, cette lésion est limitée à la bouche, et on n'observe aucune éruption concomitante à la peau; aussi l'embarras est-il grand pour établir le diagnostic, et ce n'est qu'en s'appuyant sur quelques cas fort rares, où avec cet état de la bouche coïncidait une éruption psoriasique non douteuse, que l'on a cru pouvoir lui donner le nom de psoriasis. M. Bazin, dans sa dernière édition des *Arthritides* (page 272), en fait un psoriasis buccal arthritique. »

A cette description nous avons peu de chose à ajouter. Les plaques du psoriasis bucco-lingual sont en général d'un blanc opalin, d'une épaisseur variable, leur forme est irrégulière, le plus souvent arrondie. « Au début, dit M. Debove [1], ce sont des taches opalines transparentes; la couche épidermique, peu épaisse, laisse voir par transparence la muqueuse linguale; cette couche s'épaissit peu à peu et devient opaque; les teintes qu'elle présente varient; quelquefois elle est d'un blanc brillant argenté, rappelant tout à fait par son éclat le psoriasis herpétique des coudes et des genoux.... Si l'on examine ces surfaces à la loupe, on reconnaît que les papilles sont plus volumineuses, souvent plusieurs d'entr'elles sont confondues et englobées par une même masse épithéliale. »

Cette teinte nacrée, blanchâtre, d'un blanc opalin, que présente l'épithélium induré et épaissi du psoriasis bucco-lingual, constitue, selon M. Mauriac [2], l'un des caractères les plus frappants, les plus pathognomoniques, de certains psoriasis herpétiques, arthritiques ou pathogénétiques de cette région.

Dans les cas de psoriasis bucco-lingual non syphilitique que nous avons observés, nous avons, en effet, toujours retrouvé cette coloration caractéristique de l'hyperplasie épithéliale, qui sera plus ou moins prononcée suivant l'intensité de la prolifération épithéliale.

Les régions les plus fréquemment envahies par le psoriasis

[1] *Le psoriasis buccal*, p. 11.
[2] *Du psoriasis de la langue et de la muqueuse buccale*, p. 38.

buccal sont la face dorsale de la langue, principalement la partie située en avant du V lingual, et les bords latéraux, la face interne des joues et celle des lèvres. On l'a très-rarement observé à la face inférieure de la langue, il en existe cependant un cas au musée de l'hôpital Saint-Louis.

Les squames épithéliales du psoriasis bucco-lingual forment souvent une surface régulière, plus ou moins rugueuse et mamelonnée; d'autres fois, elles se fendillent, et il en résulte des fissures, des crevasses qui, en s'entrecroisant, divisent les parties malades en petits îlots. Au fond de ces anfractuosités, le derme est à nu, rouge, enflammé, saignant facilement, et lorsque des fragments d'aliments durs ou des liquides irritants y pénètrent, ils occasionnent parfois de vives douleurs.

L'épithélium s'exfolie sous forme de lamelles plus ou moins larges ou par petits segments; au dessous, la muqueuse est d'un rouge foncé, comme excoriée; chez quelques malades, ce sont de petites ulcérations qui se recouvrent ensuite de nouvelles lamelles épithéliales.

Quand l'affection occupe toute la surface linguale ou qu'elle s'accompagne de fissures profondes, les fonctions de l'organe sont gênées; il y a parfois une légère salivation. Si les taches psoriasiques siégent à la face interne des joues ou des lèvres, aux gencives, les malades le plus souvent ne s'en aperçoivent que par hasard.

Il est fort difficile de dire sous quelle influence se produit le psoriasis bucco-lingual. Chez la plupart des malades non syphilitiques dont M. Mauriac rapporte les observations, il était impossible de rattacher l'état local à une maladie constitutionnelle quelconque.

D'après M. Bazin, il s'observerait le plus souvent chez des sujets arthritiques. Dans un certain nombre de cas, M. Debove a constaté également d'une manière évidente que la lésion locale était de nature arthritique; dans d'autres, il est vrai, on

ne pouvait rien trouver, ni chez le malade, ni dans sa famille, qui permît de rattacher le psoriasis buccal à l'arthritis.

« J'ignore, dit M. Mauriac[1], pourquoi M. Bazin a placé le psoriasis buccal parmi les arthritides plutôt que parmi les herpétides. Est-ce parce qu'on le rencontre plus fréquemment associé aux premières qu'aux secondes? Mais je ne connais aucune statistique qui le prouve. Est-ce parce qu'on trouve dans le psoriasis buccal les caractères généraux des arthritides plus accusés et en plus grand nombre que ceux des herpétides? Ce serait plutôt le contraire. Les variations de température n'ont, en effet, qu'une faible action sur le psoriasis buccal; l'élément congestif n'y prédomine point; il n'y a point, entre lui et les affections articulaires, musculaires ou viscérales, le balancement ou l'alternance qu'on observe dans l'arthritis, etc. — Le psoriasis bucco-lingual, comme les affections herpétiques, a la plus grande tendance à devenir permanent et à récidiver un nombre infini de fois; dans ses formes les plus accentuées, il se rapproche souvent plus du psoriasis cutané dartreux que du psoriasis cutané arthritique; enfin, il n'est pas plus facilement guéri par le traitement anti-arthritique que par le traitement anti-dartreux.

« S'il fallait opter entre ces deux maladies constitutionnelles, je choisirais plutôt la dartre que l'arthritis pour y placer le psoriasis bucco-lingual. »

C'est encore à la dartre que M. Mauriac est, en effet, disposé à rapporter ces psoriasis buccaux, provoqués ou artificiels, qui ont une durée en quelque sorte indéfinie et dont il est impossible cependant de trouver dans l'état actuel de santé des malades ou dans leurs antécédents la cause constitutionnelle.

D'après M. Debove, le psoriasis buccal coïncide ordinairement avec des eczémas circonscrits de la peau (eczéma ar-

[1] *Loc. cit*, p. 55.

thritique de M. Bazin), et plus rarement avec des psoriasis de la peau. Le malade qui fait le sujet de l'observation X de M. Weir avait un psoriasis lingual en même temps qu'un psoriasis généralisé; il fut guéri par l'arsenic.

Le tabac a été incriminé; l'action irritante de la fumée et du jus du tabac est considérée par la plupart des auteurs comme ayant une influence réelle sur la production du psoriasis buccal. C'est là un point difficile à démontrer. Innombrables sont les fumeurs, voire les fumeurs de *brûle-gueule*, plus exposés peut-être encore que les autres; et cependant les lésions psoriasiques de la langue et de la bouche sont rares, très-rares même, puisque M. le Dr Weir[1], qui a publié un très-intéressant mémoire sur cette question, n'en a trouvé que 58 cas relatés dans la science, plus 10 qu'il a observés ou qui lui ont été communiqués par des confrères, total 68. Toutefois le tabac est toujours une cause d'aggravation du mal, de plus il exaspère les douleurs.

On conviendra que ce n'est guère si l'on compare ces chiffres au nombre des fumeurs. D'autre part le psoriasis buccal est survenu chez des malades qui n'avaient jamais fumé. M. Debove l'a constaté, et pour ma part, j'en ai vu trois cas.

Certains psoriasis de la langue se terminent par l'épithélioma de cet organe. Tous les pathologistes sont d'accord sur ce point confirmé par de nombreuses observations; mais il est encore impossible aujourd'hui de faire de ces psoriasis une espèce distincte, comme on a voulu en établir pour les diathèses dartreuse et arthritique et pour la syphilis.

Traitement. — Les variétés de forme que nous avons indiquées n'ont pas une grande importance au point de vue de la médication; celle-ci ne devra donc varier que selon la localisation, l'étendue et l'ancienneté de la maladie.

[1] *Ichthyosis of the Tongue and Vulva*, in *New-York medical Journal*, numéro de mars 1875.

Le psoriasis est une dermatose à marche chronique, mais qui présente parfois, soit à son début, soit dans le cours de son évolution une période inflammatoire pendant laquelle il faut se borner aux émollients : boissons rafraîchissantes, dérivatifs légers sur le tube intestinal, bains émollients de son ou d'amidon, onctions avec des corps gras tels que l'axonge, le cold-cream, la pommade de concombre. On peut aussi avoir recours à l'enveloppement imperméable, il amène rapidement la chute des squames; mais dans le psoriasis généralisé MM. Lailler et Besnier proscrivent en général l'emploi de l'emmaillotement de la totalité du corps. Dans trois cas observés par ces médecins, le *caoutchoucage* a donné lieu à une dermatite exfoliatrice sur-aiguë généralisée, assez intense, dans un cas, pour mettre la vie du malade en danger.

Une fois la phase aiguë passée, c'est-à-dire la rougeur hyperémique et la chaleur cutanée tombées, et lorsque les squames commencent à se détacher, on peut, s'il n'existe aucun trouble dans la santé, commencer le traitement général qui doit avoir pour but de combattre la disposition diathésique et d'agir sur l'état cutané, c'est-à-dire la médication arsenicale ou quelques autres modificateurs généraux préconisés par les auteurs.

Autrefois l'arsenic était l'*ultima ratio* de l'arsenal dermatologique. Et l'on peut dire que ce médicament a couru les mêmes aventures que le mercure. Ainsi :

Quant un accident réputé vénérien ou syphilitique — on n'y regardait pas de si près, alors,— résistait un certain temps, « il y là *anguille sous roche !* » disait-on, et vite on administrait les mercuriaux. De même dans la thérapeutique cutanée, en présence d'une plaque rebelle, quelles que fussent ses caractères objectifs ou son degré d'inflammation, on n'hésitait pas à recommander l'arsenic. Et dans les deux cas, quel que fût le résultat on sentait sa conscience soulagée lorsqu'on

pouvait se dire : « *j'ai tout employé, voire le mercure ou l'arsenic.* »

Aujourd'hui grâce aux travaux des écoles dermatologiques modernes on en est arrivé à mieux préciser, sauf quelques desiderata, actuellement à l'étude, non-seulement quelles sont les maladies dans lesquelles l'arsenic peut intervenir d'une façon utile, mais encore à quelles périodes il convient de l'administrer.

L'arsenic est essentiellement le remède des affections squameuses. Nous avons déjà montré les avantages que l'on peut retirer de son emploi à la dernière période — période squameuse ou pityriasique — de l'eczéma et dans le pityriasis. Mais s'il est une dermopathie dans laquelle il soit plus particulièrement indiqué, c'est à coup sûr la squameuse par excellence, autrement dit, le psoriasis. Quelles que soient les divergences qui séparent leurs opinions sur l'étiologie du psoriasis, tous les dermatologistes sont d'accord sur cette partie de sa thérapeutique. Mais avant d'aller plus loin il nous paraît utile d'indiquer sous quelle forme l'arsenic s'administre le plus usuellement.

Un des sels les plus employés est l'arsénite de potasse. Il forme la base de la liqueur de Fowler, dont voici la formule :

Eau.	500	grammes.
Alcoolat de mélisse composé. . . .	15	»
Carbonate de potasse	5	»
Acide arsénieux	5	»

Doses : 1 à 25 gouttes.

Chaque gramme de liqueur de Fowler représente un centigramme d'acide arsénieux. Mais à propos de cette solution, il y a une remarque importante à faire.

Quand elle est préparée depuis longtemps, elle laisse souvent déposer sur les parois de la bouteille une légère couche d'arsenic métallique qui rend le médicament incertain, trop

faible. D'autre part, si le flacon qui la contient n'est pas exactement bouché, l'eau s'évapore et l'on a, au contraire, une substance plus active, de l'usage de laquelle peuvent, à un moment, résulter des inconvénients sérieux.

L'alcoolat de mélisse dont on l'additionne dans le seul but de permettre au pharmacien de la reconnaître à l'odorat, nous semble une garantie tout à fait illusoire et nous préférerions de beaucoup une coloration bien tranchée comme celle que donne l'orcanette que M. Devergie fait ajouter à la liqueur arsenicale qui porte aujourd'hui son nom.

La pharmacopée anglaise indique au lieu d'alcoolat de mélisse la teinture de lavande composée, qui a pour but également de donner à la solution une coloration rouge, mais qui a l'inconvénient de communiquer à la liqueur une odeur *sui generis* qui souvent répugne au malade,

L'arséniate de soude, sous forme de liqueur de Pearson, jouit aussi d'une grande réputation :

Eau distillée.	30 »
Arséniate de soude cristallisé.	0,05 centigrammes.

Doses : 10 à 80 gouttes.

Cette solution est beaucoup plus faible que celle de Fowler,— 20 gouttes contiennent seulement 2 milligrammes 2/10 d'arséniate de soude. — En France, elle est moins usitée que la liqueur de Fowler ; comme elle est beaucoup plus faible, elle a l'inconvénient d'astreindre les malades à en compter un nombre de gouttes assez considérable, ce qui est pour eux une cause de préoccupation et d'ennui. Quelques dermatologistes, notamment M. Devergie, ont aussi trouvé qu'elle était moins bien tolérée ; il n'a jamais pu porter la solution de Pearson à des doses proportionnelles aussi élevées que l'autre, sans provoquer des accidents.

On peut aussi avoir recours à la solution arsenicale hydrochlorique de Valengin, dont voici la formule :

Eau distillée	500 grammes.
Acide arsénieux	1 gr. 90 centigr.
Acide chlorhydrique	5 grammes.

Doses : 10 à 30 gouttes, trois fois par jour. Cette solution est à peu près de moitié moins forte que la liqueur de Fowler.

L'acide chlorhydrique dissolvant parfaitement l'acide arsénieux, on n'est pas exposé à voir l'arsenic se déposer à l'état métallique sur les parois de la bouteille, et par suite à prescrire une préparation capable de devenir plus ou moins infidèle.

Voici la formule de la liqueur de Devergie :

Eau distillée	500 »
Acide arsénieux.	ãã 225 milligr.
Carbonate de potasse	
Alcoolat de mélisse	16 grammes.
Teinture d'orcanette.	q. s. pour colorer.

Doses : 1 à 25 grammes.

Un gramme de cette liqueur correspond à une goutte de solution de Fowler ou contient un cinq millième de gramme d'acide arsénieux. La liqueur de Devergie est donc cinquante fois plus faible que celle de Fowler.

L'*arséniate d'ammoniaque*, préconisé par Biett, est peu employé ; voici néanmoins sa formule :

Eau distillée	200 grammes.
Arséniate d'ammoniaque. . .	0,40 centigrammes.

Doses : 12 gouttes à 4 grammes.

Il existe encore bien d'autres formules de liqueurs arsenicales, celles de Heim, de Heineke, etc..., etc..., on les trouvera indiquées dans tous les formulaires.

Quelques médecins administrent l'arsenic sous la forme d'acide arsénieux.

Les *pilules asiatiques*, qui contiennent chacune un demi-centigramme d'acide arsénieux, sont prescrites à la dose de 1 à 4 par jour.

Les granules de Dioscoride en renferment un milligramme par granule; la dose peut en être portée jusqu'à 20 et même 25 par jour.

A la place des pilules asiatiques, Hebra prescrit quelquefois l'acide arsénieux associé à l'opium en vue de prévenir l'irritation gastro-intestinale :

Acide arsénieux.	0,05 centigrammes.
Opium.	0,20 »
Savon médicinal	q. s.

Pour seize pilules, dont on prendra quatre chaque jour, deux le matin et deux le soir. On peut continuer ces pilules pendant plusieurs mois.

A côté de ces composés tout faits qui, préparés quelquefois depuis longtemps, peuvent avoir perdu une partie de leurs propriétés, il est toujours plus sûr, sinon plus simple, de formuler chaque fois avec les modifications dictées par les circonstances propres à chaque cas.

La préparation que M. Hardy préfère consiste en :

Eau distillée	250 à 300 grammes.
Arséniate de soude	0,05 à 0,10 centigr.

Une, puis deux cuillerées à bouche par jour.

M. Bazin prescrit soit l'arsénite de fer en pilules à la dose de 5 milligrammes en augmentant graduellement jusqu'à 10 et 15 centigrammes par jour, soit l'arséniate d'ammoniaque en solution à la dose de 1 milligramme à 2 et 3 centigrammes dans le même laps de temps.

Chez quelques malades auxquels l'état des voies digestives ne permet pas l'usage interne des préparations arsenicales, on peut avoir recours aux injections hypodermiques faites avec

une solution d'acide arsénieux. Le Dr E. Lipp en a obtenu des résultats favorables, sans cependant que les récidives aient été moins fréquentes qu'à la suite des médications internes habituelles.

Mais le choix de la préparation ne saurait suffire. Le mode d'administration joue ici un rôle capital, et si l'arsenic est vanté, exalté par les uns comme un véritable spécifique, considéré au contraire par d'autres comme un médicament à peu près inerte, ou tout au moins insuffisant, n'est-il pas permis de supposer que ces avis si contradictoires tiennent à l'emploi différent qui en est fait dans les deux cas.

Voici, quant à la posologie et au principe de progression des doses et de durée du traitement, les méthodes les plus usitées.

Il est encore quelques médecins qui laissent les malades à une dose uniforme d'arsenic durant toute la durée du traitement ; c'est là, croyons-nous, un procédé défectueux que l'on doit abandonner complétement.

Le plus souvent on administre les préparations arsenicales suivant deux méthodes très-différentes et qui comptent chacune de nombroux partisans. Dans la première, on commence par de très-faibles doses que l'on augmente ensuite lentement et progressivement. C'est là la méthode recommandée par Biett, M. Devergie et d'autres auteurs : Biett commençait par 1 goutte par jour de liqueur de Fowler et augmentait ensuite de 1 goutte tous les cinq ou six jours. M. Devergie a apporté quelques modifications à ce procédé : dans le but d'accélérer la rapidité de la cure, il débute par 2 gouttes et augmente de 1 goutte tous les jours. Il arrive ainsi à 12 gouttes en onze jours, à 15 gouttes en seize jours. En général, il ne dépasse pas la dose de 18 gouttes par jour, qui représentent environ 8 milligrammes d'acide arsénieux.

Toute autre est la méthode recommandée par le dermatologiste anglais Th. Hunt. Si l'on a relevé de nombreux

insuccès dans le traitement des maladies de la peau par l'arsenic, cela tient surtout, d'après cet auteur, à la façon défectueuse dont le remède a été administré.

Selon lui on le prescrit en général à doses trop élevées et à des intervalles trop éloignés ; au lieu de le donner à *doses graduellement croissantes*, il insiste, comme condition indispensable du succès, sur l'utilité de débuter immédiatement par une dose suffisante pour amener en peu de temps les effets physiologiques du remède. Si au bout de quinze jours ou trois semaines il ne se produit aucun effet appréciable, on doit supposer que la dose est trop faible et il faut alors l'augmenter d'un cinquième, une ou deux fois par mois, jusqu'à ce que son action se révèle ; on peut alors en conclure qu'on est arrivé à la dose complète et il faut y persévérer sans augmentation ultérieure.

Hunt fait encore observer qu'une des conditions essentielles du succès c'est de ne jamais faire prendre l'arsenic durant la période inflammatoire ou fébrile d'une affection cutanée. Nous avons déjà très-vivement insisté sur ce point en parlant de l'eczéma. Le psoriasis étant une maladie essentiellement chronique on est moins exposé à commettre cette erreur durant son traitement. Toutefois nous ne saurions trop recommander d'attendre, pour prescrire la médication arsenicale, que les symptômes inflammatoires que l'on observe quelquefois au début soient passés, et de la suspendre si ces symptômes venaient à se manifester dans le cours de la maladie cutanée.

En ne tenant pas compte de ces indications on voit ordinairement l'inflammation augmenter et la médication devenir infructueuse.

Voici, en termes précis, quel est le mode d'administration édicté par le dermatologiste anglais [1]. Il commence par 18 à 20 gouttes (5 *minims*) de liqueur de Fowler [2] à prendre

[1] *A guide to the treatment of diseases of the skin*, 9e édit., p. 18 et suiv.
[2] Depuis quelque temps, M. Hunt emploie, de préférence à la liqueur de Fowler.

en trois fois dans la journée ; toutefois si cette dose est mal tolérée, on doit la diminuer. Les enfants au-dessus de cinq ans supportent des doses aussi élevées que les adultes. Le remède est ainsi administré, à pleine dose, pendant quelques jours ou quelques semaines, si c'est possible, jusqu'à ce qu'il se produise des effets physiologiques, notamment sur la muqueuse oculaire : (conjonctivite légère, larmoiement, etc.).

On n'a pas à redouter, dit Hunt, des accidents plus graves tenant à des doses trop élevées, car 49 fois sur 50 ce léger degré de conjonctivite est un symptôme précurseur qui permet au médecin d'apprécier l'effet du médicament.

Dans certains cas exceptionnels la sensibilité de la plante des pieds et plus rarement celle de la paume des mains peuvent être les premiers phénomènes venant révéler l'action physiologique de l'arsenic. Cette sensibilité est quelquefois suivie d'un épaisissement de l'épiderme qui tombe à la fin du traitement.

L'action sur la muqueuse oculaire est un point de repère de la plus haute importance. Elle n'a presque jamais manqué dans tous les cas où M. Gailleton a administré l'arsenic suivant la méthode de Hunt et, comme le médecin anglais, notre confrère a constaté que c'était le premier symptôme dénotant l'effet arsenical.

Par cette méthode on évite donc, d'après Hunt, les effets toxiques du médicament qui surviennent si fréquemment à la suite de l'administration à dose croissante, et on voit l'amélioration se manifester à partir du moment où s'est produite l'action physiologique.

De l'apparition des effets physiologiques, de cette crise date l'arrêt de la maladie et en général à partir de ce moment elle paraît être coupée dans sa durée (*at this crisis the disease is*

celle de Valengin dont nous avons donné ci-dessus la formule. Elle est beaucoup plus faible que la solution de Fowler, puisque 15 *minims* de la liqueur de Valengin sont équivalents à 5 ou 6 de la première.

brought under arrest, and generally from this period appears to be shorn of its strength). Hunt recommande alors de diminuer la dose du remède, et, dans quelques cas, une très-petite dose prise régulièrement suffit à maintenir la peau en voie de guérison jusqu'à ce que, à la fin, la disposition morbide paraisse s'éteindre sous l'influence de cette médication (Hunt, pag. 20).

On comprend combien, dans cette méthode, il est important de surveiller avec soin l'action du remède, afin de pouvoir le cesser dès qu'apparaissent les premiers effets physiologiques, pour ne pas, en un mot, dépasser la mesure et produire ainsi des accidents.

S'il survenait quelques troubles du côté des voies digestives durant le cours du traitement arsenical, il faudrait le suspendre pour y revenir ensuite à dose plus faible. Ces phénomènes d'irritation gastro-intestinale tiennent le plus souvent à ce que l'arsenic a été pris à jeun. Aussi ne saurions-nous trop engager à le donner vers le milieu ou à la fin du repas, mélangé au vin. M. Gailleton a cité l'observation d'une jeune fille qui n'avait pu prendre quatre gouttes de liqueur de Fowler sans être en proie à une toux convulsive, et qui en supportait parfaitement huit gouttes mélangées avec du vin et administrées au moment du repas. Ce procédé nous a toujours mieux réussi que l'emploi de sirops amers ou toniques comme véhicules de la solution arsenicale. Deux ou trois bains sulfureux par semaine contribueront utilement à stimuler les fonctions cutanées et à favoriser l'élimination de l'arsenic par la peau.

Doit-on administrer indistinctement le traitement arsenical à tous les psoriasiques? D'après ce que l'on sait du peu de succès des préparations arsenicales contre le psoriasis invétéré, il sera préférable de s'en abstenir dans ce cas. C'est l'opinion de Devergie, Hardy, etc. Qu'on se persuade bien, d'ailleurs, que le malade ne sera pas arrivé à cette phase de

l'affection sans avoir déjà absorbé de bonnes doses d'arsenic.

Une diarrhée habituelle, de la dyspepsie préexistante, une susceptibilité très-grande des voies digestives, sont également des conditions défavorables pour l'usage des préparations arsenicales.

D'autre part, j'ai parfois aussi observé, bien que l'arsenic fût administré dans les meilleures conditions, des susceptibilités gastriques persistantes, des diarrhées rebelles, à la suite de traitements prolongés ; mais ce sont là des cas tout à fait exceptionnels.

D'après la méthode de Hunt qui nous a paru donner des résultats préférables aux autres modes d'administration de l'arsenic, la dose initiale serait de 18 gouttes de liqueur de Fowler ou une quantité équivalente des autres préparations. M. Gailleton a réduit cette dose à 10 ou 12 gouttes, en recommandant, il est vrai, si le médicament est bien supporté, d'élever rapidement les doses de manière à arriver en huit jours aux proportions indiquées par l'auteur anglais. Mais ces indications ne sauraient avoir rien d'absolu, car il est des sujets qui tolèrent beaucoup mieux l'arsenic que d'autres. Hunt cite un cas dans lequel la quatrième partie d'un *minim* (environ 1 centigram. 1/2) de solution de Fowler prise trois fois par jour suffit à guérir, dans l'espace de quelques semaines, un psoriasis guttata chez une femme de constitution délicate qui supportait mal toutes les substances minérales. Ces cas d'intolérance ne sont pas très-rares. On devra donc tenir compte de ces différences et se régler sur l'idiosyncrasie des malades. D'après M. Devergie les femmes supporteraient au moins aussi bien l'arsenic que les hommes.

Il importe aussi de ne pas continuer trop longtemps la même préparation ; dans les traitements si prolongés qu'exige parfois le psoriasis, une réelle accoutumance de l'organisme finit par s'établir, et au bout d'un certain temps la maladie ne paraît plus influencée par le remède ; dès qu'un

temps d'arrêt se produit dans l'amélioration, il y a tout avantage à remplacer un sel d'arsenic par un autre.

Le malade, durant ce traitement, devra éviter dans son alimentation les acides, les crudités, les mets épicés, excitants.

Il est fort difficile de dire quelle doit être la durée du traitement arsenical. De même que pour le traitement antisyphilitique, des indications positives manquent pour formuler des préceptes; je ne connais nulle statistique qui puisse nous fixer sur ce point. Avant, du reste, de chercher à établir des règles, il faudrait savoir si l'arsenic continué un certain temps après la disparition de l'éruption peut, comme l'admet Hunt, éloigner les récidives? Cet auteur donne l'arsenic à faibles doses, pendant autant de mois que le mal a duré d'années. M. Gailleton conseille, après la disparition de l'éruption, de faire prendre, pendant un mois ou deux, de 3 à 6 gouttes de liqueur de Fowler par jour.

L'arsenic est sans contredit le plus efficace de tous les remèdes internes que l'on puisse opposer au psoriasis, mais comme l'a très-bien fait remarquer M. Hardy, son action s'émousse à mesure que les récidives se succèdent et l'éruption finit par devenir réfractaire au traitement arsenical, comme on est trop souvent à même de le constater, notamment dans le *psoriasis inveterata*. C'était, du reste, l'opinion formellement professée par Rayer[1].

Comment l'arsenic guérit-il le psoriasis?

S'il n'est pas possible de dénier à ce remède une action sur la diathèse dartreuse, il est d'autre part incontestable qu'il exerce une influence réelle sur la nutrition générale et en particulier sur celle de la peau. Les recherches modernes ont démontré que ce n'est pas un médicament tonique comme le pensaient quelques auteurs, car loin d'augmenter les globules

[1] *Traité des maladies de la peau*, t. II, p. 147.

du sang, il les détruit. Et si l'arsenic réussit mieux que le fer chez certains chlorotiques et névropathiques, cela tient sans doute à ce que le remède exerce sur la cause première de la maladie, c'est-à-dire sur la diathèse herpétique, une action analogue à celle du mercure dans l'anémie syphilitique.

Parmi les effets physiologiques de l'arsenic, signalons son action sur la peau qui, sous l'influence de ce métalloïde, prend une teinte bistrée. « Elle devient, dit M. Rabuteau[1], le siége d'érythème, d'éruptions papuleuses, pustuleuses, quelquefois de furoncles, d'anthrax ; s'il existe des plaques de psoriasis, d'eczéma, ces plaques brunissent. Mais jamais on n'observe d'affections squameuses, contrairement aux assertions des homœopathes, qui ont avancé que l'arsenic était un squamigène. »

M. Devergie a particulièrement insisté sur l'importance et la signification de cette éruption secondaire. Dès l'apparition des *taches arsenicales*, il faut suspendre la médication si l'on ne veut pas voir ces accidents prendre un degré d'intensité plus prononcé. D'ailleurs les modifications subies simultanément par l'éruption psoriasique dénotent bien l'action du remède. « Si l'arsenic seul guérit le psoriasis, ce qui arrive le plus souvent, les écailles épidermiques tombent d'abord pour être remplacées par d'autres plus minces; la peau diminue aussi d'épaisseur; la couleur rouge tend à devenir moins foncée; bientôt il ne se forme plus d'écailles, et la peau s'amincissant peu à peu, devient lisse et revêt une coloration brun-grisâtre. Cette couleur brune arsenicale se montre quelquefois lorsque la peau n'a pas encore, aux points qui étaient malades, la même souplesse que sur les parties saines; alors la guérison n'est pas assurée; il faut continuer encore jusqu'à ce qu'on ait obtenu cette souplesse de la peau (Devergie). »

[1] *Éléments de thérapeutique*, p. 214.

Pour le professeur Hebra, l'arsenic possède une action curative certaine contre le psoriasis, en ce sens qu'il fait disparaître les éruptions existantes, mais il est impuissant à prévenir les récidives[1].

Néanmoins, c'est le plus efficace de tous les remèdes internes; le seul, d'ailleurs, qui puisse être pris par la plupart des sujets pendant longtemps sans inconvénient pour la santé.

Quelle est, en résumé, la valeur thérapeutique de l'arsenic employé seul contre le psoriasis? C'est une question à laquelle il nous est fort difficile de répondre, les éléments manquant pour la résoudre complétement. Car nous connaissons, jusqu'à ce jour, peu d'observations bien complètes de malades traités exclusivement par l'usage interne de l'arsenic.

Dans sa thèse sur ce sujet, (Strasbourg, 1856), M. Bornèque déclare avoir été parfaitement guéri par ce seul moyen d'un psoriasis invétéré. M. Lailler m'a dit savoir également qu'un interne de l'hôpital Saint-Louis se serait guéri dans les mêmes conditions. Mais, d'autre part, dans les quelques cas rares où cet éminent dermatologiste a expérimenté l'usage interne exclusif des préparations arsenicales, sans topiques, les résultats — j'entends les résultats définitifs — n'ont pas été favorables. Nous savons déjà, d'après les déclarations de MM. Devergie, Hardy et d'autres dermatologistes qu'il devient impuissant contre les lésions psoriasiques — après un certain nombre de récidives, — lorsque l'organisme semble en quelque sorte saturé par la maladie. Aussi ne nous paraît-il point mériter l'éloge presque sans restriction qu'en a fait Hunt.

Avec quelques auteurs, Hebra, Lailler, etc., nous croyons qu'il contribue à éloigner les récidives, en modifiant dans une certaine mesure la diathèse dartreuse; résultat qui est déjà

[1] Remarquons à quel point cette opinion du consciencieux dermatologiste se rapproche de celle qui prévaut aujourd'hui — depuis les écrits de Ricord et Diday, — sur les limites dans lesquelles est renfermée l'efficacité réelle du mercure contre les manifestations de la syphilis.

assez précieux, dans une affection dont les retours sont si fréquents et si fâcheux, pour engager les praticiens à y avoir recours toutes les fois qu'il n'existe pas de contre-indications. Mais, en définitive, nous sommes très-porté à admettre, avec M. Lailler, que, pour le traitement du psoriasis, l'arsenic ne serait, dans la plupart des cas, que l'auxiliaire de la médication locale.

A côté de l'arsenic, bien d'autres substances — végétales ou minérales — ont été préconisées. Ce sont toutes les infusions, décoctions ou extraits qui ont été, de tout temps et sur toute la surface du globe, vantés contre toutes les maladies chroniques de la peau, mais dont, hélas! l'efficacité n'a jamais répondu aux espérances que leurs promoteurs ou leur lointaine origine avaient pu faire naître. La liste en est longue et sans intérêt.

L'*hydrocotyle asiatica* et le *hura braziliensis* qui ont enregistré quelques succès à leur début n'ont pas soutenu cette première réputation. De nouvelles expériences ont démontré, pour la première de ces substances, son inefficacité complète. Quant à la seconde, que le professeur Hebra a employée chez douze psoriasiques, elle détermine des effets très-violents : vomissements et purgation. Aussi les médecins brésiliens recommandent-ils de ne donner ce remède (sous forme de décoction appelée *assacou* ou de teinture) que tous les quatre jours, et d'avoir soin en même temps de tenir le malade au lit et à la diète. Pendant l'administration du médicament le psoriasis disparaît, mais on le voit revenir dès qu'on cesse la médication. Hebra attribue son action curative à une influence analogue à celle que des affections graves intercurrentes exercent sur les maladies de peau. Toutefois, quoique le *hura braziliensis* ait une action violente, Hebra n'a jamais vu d'accidents sérieux résulter de son emploi, même continué pendant trois mois, et les malades sont vite remis des perturbations auxquelles il peut donner lieu.

L'émétique a compté quelques succès, M. Devergie le recommande dans les cas où les préparations arsenicales se sont montrées impuissantes. Il le prescrit tous les matins à la dose de 25 milligrammes avec 2 grammes de crème de tartre dans un peu de confiture. Le premier jour il y a parfois quelques nausées; toutefois la tolérance s'établit en général facilement; les vomissements cessent, mais le malade a habituellement une ou deux garde-robes par jour. Il faut en continuer l'usage pendant deux à trois mois et n'y avoir recours que chez des sujets forts, bien constitués, n'offrant pas de susceptibilité gastro-intestinale.

Auzias-Turenne avait aussi obtenu quelques succès des préparations d'antimoine. Voici sa formule habituelle :

Sirop de sucre	200 grammes.
Émétique	0,10 centigrammes.

A la dose de trois cuillerées à café par jour, pendant trois à quatre mois.

La teinture de cantharides aurait, d'après Rayer, Devergie, etc., réussi dans quelques cas à faire disparaître les manifestations psoriasiques. C'est un remède dont il importe de surveiller avec soin les effets. On commencera par 4 à 5 gouttes par jour, et, s'il ne survient point de troubles dans la santé, notamment du côté des voies génito-urinaires, on pourra en élever graduellement la dose jusqu'à 30 et même 40 gouttes.

Le baume de copahu a valu à M. Hardy quelques résultats très-prompts et très-avantageux ; il le prescrit à la dose de 4 à 6 grammes par jour, sous forme d'opiat, en le mélangeant avec une égale quantité de magnésie.

Il en est de même du goudron à l'intérieur sous forme, soit de pilules, soit de sirop ; mais si les effets obtenus ont été plus satisfaisants que dans l'eczéma, ils ne l'ont pas néan-

moins été assez pour mériter à ce médicament une place honorable dans la thérapeutique du psoriasis.

On a aussi donné l'acide phénique à l'intérieur. Ici il y a innocuité, mais inefficacité à peu près absolue. Ainsi, Hebra rapporte qu'un de ses malades, psoriasique depuis longtemps, et accoutumé à tenir des notes très-exactes, lui a dit avoir pris jusqu'à deux livres d'acide phénique, sans succès il est vrai, mais aussi sans qu'il en résultât aucun préjudice pour sa santé. Aujourd'hui, l'acide phénique n'est presque plus utilisé que comme topique dans le traitement de la plupart des maladies de peau.

En Italie, on emploie souvent la teinture de mais altéré (Lombroso, Gamberini, etc.). M. le Dr Lailler l'a essayée à plusieurs reprises à la dose de 1 à 15 grammes, mais sans obtenir d'effets appréciables.

Le phosphore, l'iode, les sels de mercure, notamment le bichlorure, etc., ont été aussi préconisés, mais sans plus de réalité dans les effets.

Enfin, nous rappellerons le remède empirique suivant :

Un mélange de vin du Rhin, de bière, de jus de citron et de sucre, qu'un médecin de Cologne avait employé avec succès chez un psoriasique qui avait eu déjà plusieurs récidives graves de cette affection, a été expérimenté par le professeur Hebra. Mais les essais qu'il a faits de ce breuvage chez deux malades n'ont pas réalisé ce qu'on s'en était promis.

Dans la forme arthritique du psoriasis, M. Bazin remplace les arsenicaux par les sudorifiques ; par les alcalins et de préférence le bicarbonate de soude ou une eau minérale alcaline ; par la teinture de colchique à la dose quotidienne de 1 à 4 grammes, et il a obtenu, dans cette variété de l'affection, de très-bons résultats. Toutefois, nous ne croyons pas que la médication alcaline ait été employée seule, c'est-à-dire sans l'adjonction de topiques : bains ou pommades. Or ce serait là une condition indispensable pour pouvoir apprécier la valeur

réelle d'une méthode thérapeutique interne quelle qu'elle soit.

Chez les sujets lymphatiques, scrofuleux, M. le Dr Rodet s'est bien trouvé du fer associé au manganèse dans les proportions suivantes :

Carbonate de manganèse.	ãã 5 grammes.
Sous-carbonate de fer.	

Pour 60 pilules, dont on prendra successivement 2, 3 et 4 par jour.

Quant au psoriasis bucco-lingual, je ne l'ai, pour ma part, jamais vu guérir, du moins celui que l'on peut rattacher aux deux grandes diathèses dartreuse ou arthritique, ou dont il a été impossible de découvrir la cause générale. Ce sont, du reste, les formes les plus rebelles, les seules, d'ailleurs, dont nous ayons à nous occuper ici.

M. Mauriac formule une opinion à peu près identique. Malgré la multiplicité des moyens thérapeutiques qu'on a employés contre le psoriasis de la langue et de la bouche, malgré leur énergie, l'opportunité et l'insistance de leur administration, leur choix varié adapté selon les indications les plus rationnelles aux espèces, aux variétés, aux phases de chaque cas, etc...., on n'a obtenu, la plupart du temps, dit notre savant confrère [1], que des résultats à peu près nuls, ou du moins très-insignifiants et presque toujours momentanés.

Toutefois, dans le psoriasis buccal qu'il désigne sous le terme de *dartro-arthritique*, M. Mauriac emploie la médication arsenico-alcaline ainsi formulée :

Prendre, matin et soir, une cuillerée à bouche du sirop suivant, dans une tasse d'infusion de douce-amère ou de pensée sauvage :

Sirop simple.	450	grammes.
Eau distillée	50	»
Bicarbonate de soude.	25	»

[1] *Loc. cit.*, p. 61.

En même temps, il ordonne de faire usage de la solution arsenicale suivante :

Eau distillée	250 grammes.
Arséniate de soude	0,05 centigrammes.

A la dose de deux cuillerées à bouche prises, l'une avant le déjeuner, l'autre avant le dîner.

Si elle est bien tolérée, il double la dose au bout de huit ou dix jours. Il faudra, en outre, couper aux deux tiers le vin des repas avec de l'eau ordinaire, dans un litre de laquelle on fait dissoudre 8 grammes de bicarbonate de soude.

Toutefois, comme chez un certain nombre de malades on ne trouve aucune cause générale pouvant expliquer la persistance des lésions buccales et linguales, il est bien difficile d'instituer une médication rationnelle ayant pour objectif un état morbide général préexistant.

Chez un de mes malades, qui avait depuis quinze ans un psoriasis de toute la face dorsale de la langue, j'ai essayé inutilement les médications les plus variées : alcalins, arsenicaux, iode, mercure, soufre, etc., et les topiques de toute nature. Il avait, du reste, consulté les médecins les plus autorisés sans obtenir de résultats plus satisfaisants. Il n'était ni dartreux, ni arthritique, n'offrait pas d'antécédents syphilitiques et n'avait jamais fumé ; en un mot, sauf la lésion linguale, sa santé ne laissait rien à désirer.

Tout en me refusant à reconnaître au tabac une influence effective bien appréciable dans la production de cette lésion, je n'en proscris pas moins l'usage chez tous les malades. S'il n'est pas le premier coupable, du moins peut-il contribuer à entretenir le mal. Il faut donc non-seulement interdire le tabac sous toutes ses formes, mais encore supprimer les autres causes d'excitation de la muqueuse bucco-linguale, tels que les boissons alcooliques, les aliments épicés, vinaigrés,

salés, irritants à un titre quelconque, les condiments de toute nature. A ce point de vue, M. Diday formule la prescription suivante dont l'observance a, au moins, pour résultat d'atténuer considérablement la douleur durant l'état subaigu de cette affection :

« Eviter tout aliment ou boisson épicés, vinaigrés, salés, alcooliques, ou *trop chauds* (ceci dit pour le potage et le café). Toutes les fois et pendant aussi longtemps que les occupations habituelles et les devoirs de société le permettent, tenir dans sa bouche une gorgée de décoction de guimauve et de tête de pavot. Résister au désir instinctif qui vous pousse à porter incessamment le doigt, la langue sur les plaques psoriasiques, ainsi qu'à chercher à en détacher des parcelles avec les dents. » — Le même régime que nous avons indiqué pour les psoriasiques en général convient également dans ces cas.

Médication externe. — Au nombre des moyens les plus usités dans la médication externe du psoriasis figurent les bains et les pommades ; on a eu également recours à l'hydrothérapie. Les premiers essais de cette méthode ont été faits autrefois à l'hôpital Saint-Louis dans les services de MM. Gibert et Devergie. Des psoriasis de toute date ont été traités par la sudation à l'aide du drap mouillé et l'immersion dans l'eau froide ; on a obtenu quelques succès dans des psoriasis anciens ou récents. Ce traitement a l'avantage, d'après M. Devergie, d'améliorer la santé générale et de guérir en même temps l'affection cutanée. Hebra en a retiré aussi de très-réels avantages chez bon nombre de psoriasiques ; toutefois, c'est une médication qui exige beaucoup de temps et de patience et que l'on devra réserver, selon nous, pour les malades atteints de lésions cutanées occupant de grandes surfaces du tégument, et dont la constitution est plus ou moins affaiblie ; l'hydrothérapie peut en effet dans ces cas être appliquée avec succès, cependant elle ne donne pas de résultats plus satisfaisants

que ceux obtenus par les autres traitements locaux dont nous allons actuellement nous occuper.

Les bains jouent un grand rôle dans la cure du psoriasis, bien que Hebra le nie d'une façon absolue, du moins quant aux bains d'une demi-heure à une heure qu'il n'a jamais vus ni guérir, ni atténuer cette affection. Seuls les bains de plusieurs heures de durée ou les bains continus auraient, d'après ce dermatologiste, quelque efficacité. Nous ne saurions partager cette manière de voir, et dans bon nombre de cas nous avons vu les bains faire disparaitre une éruption de psoriasis. Nous en avons encore observé dernièrement un exemple très-marqué. 40 bains sulfureux d'une heure chacun amenèrent la disparition complète d'un psoriasis guttata récent chez un jeune homme de 28 ans, très-lymphatique il est vrai, sans l'adjonction d'aucune autre médication générale ou locale. Ce n'est qu'à la fin, alors que l'éruption avait à peu près entièrement disparu, que nous lui conseillâmes de suivre pendant un certain temps un traitement arsenical. Les bains de vapeur, les bains alcalins, les bains sulfureux, etc., peuvent rendre de grands services. Les bains de vapeur pris tous les deux jours, à une température modérée, seront souvent très-utiles en excitant les fonctions cutanées et en favorisant la résorption de l'hypérémie chronique de la peau. Dans ces psoriasis anciens, à récidives déjà nombreuses, il importe d'agir vigoureusement sur la surface tégumentaire, qui, le plus souvent alors, est torpide et atone.

Mais le topique par excellence du psoriasis est l'huile de cade employée pure ou coupée suivant les indications. L'huile de cade est en général préférée au goudron, du moins par la plupart des dermatologistes français.

Sous l'influence des applications cadiques, les écailles tombent rapidement et l'inflammation plus ou moins prononcée qui se produit à la peau amène une modification favorable des parties malades. Il importe de surveiller l'action de l'huile

de cade, afin que l'irritation substitutive ne dépasse pas le but que l'on veut atteindre. Il suffit du reste, pour éviter une trop forte excitation, de couper l'huile en commençant avec l'huile d'amande douce.

Après quelques onctions cadiques la peau, une fois les écailles tombées, — ce qui a lieu dans l'espace de huit à dix jours — devient rouge, hypérémiée, turgescente, chaude au toucher, sensible; dans les points où le tégument est mince, délicat, notamment à la face interne des membres, il se produit souvent sous l'influence des frictions une légère dermite, l'épiderme se fendille et il survient des excoriations superficielles qui deviennent parfois très-douloureuses lorsque l'on étend de nouvelles couches d'huile de cade. Cet état, du reste, se modifie très-rapidement; des bains émollients et des onctions avec un onguent simple, avec de l'axonge, suffisent pour faire tomber ces phénomènes inflammatoires.

On peut employer aussi, dans le but d'amener plus promptement encore la chute des squames, un mélange à parties égales d'huile de cade et de savon noir. C'est une méthode à laquelle M. Lailler a eu souvent recours avec succès ; toutefois ce mélange est plus irritant que l'huile de cade pure.

M. Hardy se sert concurremment de savon mou et d'huile cadique : le soir, on fait une friction avec cette dernière substance et le matin on emploie le savon mou.

Le savon mou est évidemment un modificateur puissant de la peau auquel peut-être on n'a pas assez souvent recours. Dans toutes les circonstances où l'on désire obtenir une excitation de la peau, une action substitutive, il constitue un des meilleurs topiques que l'on puisse employer ; dans les affections squameuses à évolution essentiellement chronique, comme le psoriasis, il rend les meilleurs services et par l'inflammation qu'il provoque et par son action sur les productions épidermiques. Aussi pouvons-nous affirmer que, uni à l'huile

de cade ou employé comme l'a indiqué M. Hardy, il donne d'excellents résultats.

On peut encore, après avoir fait sur les parties malades une friction avec ce savon, en laisser une couche peu épaisse. Par dessus on applique un bandage légèrement contentif que l'on maintient en place pendant huit ou dix jours. Ce procédé, qui offre beaucoup d'analogie avec les méthodes du professeur Hebra, a été mis en pratique par M. Lailler qui a constaté que les résultats étaient satisfaisants et surtout plus rapides que lorsqu'on avait recours aux onctions cadiques seules.

M. Bazin donne également la préférence à l'huile de cade pure ou mitigée avec de l'huile d'amandes douces suivant les indications. Il fait pratiquer chaque soir une friction sur les parties malades, en recommandant d'en laisser une légère couche à la surface des téguments et de coucher avec la chemise qui en est imprégnée.

Suivant que le psoriasis sera sous la dépendance de la diathèse dartreuse ou arthritique, M. Bazin conseille d'avoir recours à la médication antiherpétique ou antiarthritique (voir ci-dessus). Si, au contraire, le psoriasis tient à des causes locales, la cessation de ces causes et l'emploi de quelques topiques en triomphent rapidement.

Quant au goudron, on s'en sert le plus ordinairement sous forme de pommade. On variera la dose suivant la susceptibilité cutanée du malade et suivant l'ancienneté de l'affection. Il faut en général débuter par des doses modérées : 1 gramme à 1 gramme 50 de goudron pour 20 grammes d'axonge ; d'après les effets produits, on augmentera successivement la proportion du remède. On fera pratiquer sur toutes les parties malades, à l'aide de la main ou d'une brosse, des frictions un peu fortes et prolongées, de manière à provoquer une légère inflammation de la peau. Il faut aussi recommander aux malades de garder pendant longtemps les mêmes chemises et de coucher dans les mêmes draps. Il y a

à cela deux raisons, la première c'est que les malades restent pendant toute la nuit enveloppés dans du linge déjà goudronné et qui n'a pas l'inconvénient d'enlever la pommade comme quand on le renouvelle fréquemment; en second lieu, les préparations de goudron ou d'huile de cade tachant les chemises et les draps, il importe d'en avoir d'exclusivement destinés à cet usage.

Sous l'influence des applications répétées de goudron et d'huile de cade surtout, on voit assez souvent survenir l'inflammation des follicules pileux. Il se forme alors une petite élevure, une papule rouge, arrondie, dont les dimensions peuvent atteindre le volume d'une lentille. Parfois même il se produit une légère pustulation. Cette acné artificielle — *acné cadique* — se reconnaît au petit point noir qui occupe le centre de l'élevure, point qui est constitué par la présence du topique. L'apparition de cette acné cadique nécessite au moins momentanément la cessation des applications de goudron.

Hebra recommande une autre méthode qui, si elle est d'une pratique plus ennuyeuse, donne, d'autre part, des résultats plus rapides. Après avoir fait frictionner le malade avec la pommade au goudron, on l'enveloppe nu dans une couverture de flanelle ou de laine et on le laisse ainsi jusqu'à ce que le goudron se soit complétement desséché, ce qui a lieu en moyenne dans l'espace de deux à six heures, suivant la préparation de goudron employée. Après cela, le malade peut remettre ses vêtements ordinaires. On renouvelle ces applications une ou deux fois par jour suivant les indications.

Avant d'avoir recours à l'huile de cade ou à la pommade de goudron, il est en général préférable de faire tomber les squames épidermiques qui, parfois, sont accumulées en couches dures et épaisses. Les bains de vapeur, les bains alcalins, etc., suffisent souvent pour atteindre ce résultat. Mais, de tous les moyens, le plus actif est sans contredit le savon

mou, que nous avons vu employer avec succès à la Clinique des maladies de peau, service du professeur Hebra, à l'hôpital général de Vienne. Voici comment on procède :

On se sert de savon de *potasse*, savon mou, savon vert. Pour en enlever la mauvaise odeur, Hebra recommande de le faire dissoudre dans l'alcool (deux parties de savon pour une d'alcool); on filtre ensuite cette solution et on la parfume avec une essence aromatique quelconque — *alcool de savon aromatique.*

Avec ce liquide ou avec le savon mou il fait frictionner, deux fois par jour, toutes les régions qui sont envahies par le psoriasis. De même que pour le goudron ou l'huile de cade, la quantité employée sera proportionnelle à la finesse de la peau, à l'âge des malades et à l'ancienneté des plaques psoriasiques. Les frictions doivent être assez énergiques et faites avec un morceau de flanelle ou une brosse, jusqu'à ce que les squames épidermiques se soient détachées. En même temps le sujet est enveloppé nu dans des couvertures de laine. Les frictions et l'enveloppement sont continués pendant un temps variable qui est en rapport avec l'intensité du mal et son ancienneté. Une fois les écailles tombées, on fait prendre un bain au malade et on le laisse s'habiller et se lever. Chez les personnes à peau délicate, il sera souvent utile de ne faire que des frictions partielles, en frottant chaque jour une partie limitée du corps.

A l'aide de ce traitement — « *cure de savon* » — prolongé pendant un certain temps, on voit souvent les manifestations psoriasiques disparaître complétement.

Dans d'autres circonstances, Hebra emploie les frictions avec le savon mou, sans y joindre l'enveloppement, dans le seul but de ramollir et de faire tomber les squames épidermiques et de permettre l'emploi plus efficace d'autres topiques ; rôle accessoire du savon de potasse, qui est cependant d'une haute importance.

lotions avec le savon de potasse afin de faire tomber les écailles : on rendra ainsi la guérison plus rapide.

La pommade au deutoiodure de mercure mercureux (pommade de Rochard) est également une bonne préparation ; toutefois il faut surveiller son action et avoir soin d'en suspendre momentanément l'emploi, lorsque l'inflammation a atteint un degré assez prononcé ; on y reviendra ensuite une ou plusieurs fois successivement suivant les résultats obtenus. Elle est surtout indiquée dans certains psoriasis circonscrits avec épaississement prononcé de la peau.

M. Lailler a encore expérimenté d'autres pommades mercurielles, notamment celle au sulfocyanure de mercure au 50e et au 25e, et celle à l'iodure de potassium et de mercure au 100e et au 50e.

Dans certains cas, il a obtenu avec ces pommades la disparition de l'éruption, mais leur action est beaucoup moins rapide et moins nette qu'avec l'huile de cade. Leur seul avantage est de n'avoir ni odeur ni couleur, et, à ce double titre, elles peuvent avoir leur raison d'être.

Contre les plaques de psoriasis qui s'observent si souvent au sommet du front, à la naissance des cheveux, où elles forment une espèce de couronne qui, pour n'avoir rien de commun avec la *corona veneris*, n'en est pas moins très-désagréable, on peut avoir recours aux topiques suivants :

On badigeonnera ces plaques avec un pinceau mouillé de nitrate acide de mercure. Une ou deux minutes, au plus, après cette application, il faut avoir soin d'absterger la partie avec une boulette de charpie imbibée d'eau froide. M. Diday, auquel nous devons ce conseil qui nous a souvent très-bien réussi, recommande, après avoir mouillé le pinceau, de bien l'exprimer sur le bord du flacon, afin de pouvoir l'appuyer sur les plaques sans que le liquide coule sur les parties saines voisines.

Un autre moyen que nous avons aussi employé avec succès.

d'après la pratique de M. Bazin, consiste à toucher les plaques psoriasiques de la face avec un pinceau imbibé d'un mélange à parties égales d'alcool et de goudron.

La pommade au turbith, à la dose de 1 à 2 grammes sur 30 grammes d'axonge, répond aussi aux mêmes indications et son application est suivie de la disparition des lésions psoriasiques circonscrites pour lesquelles on doit également la réserver.

A propos du traitement arsenical, nous avons signalé son impuissance contre le psoriasis invétéré et dit que par conséquent il est préférable de s'abstenir dans ces cas de toute médication générale. Localement, il est bien difficile de faire disparaître ces larges plaques squameuses que l'on observe si fréquemment dans cette variété ultime du psoriasis. On doit même le plus souvent renoncer à toutes applications actives, énergiques qui, dans ces cas, ne font qu'irriter le mal et augmenter l'hypérémie, l'induration, l'épaississement de la peau. Le plus sage est de se borner à un traitement palliatif, destiné à soulager les malades. Il faut donc suivre la même ligne de conduite que dans l'ichthyose, c'est-à-dire, chercher à faire tomber les squames épidermiques, empêcher leur reproduction et assouplir la surface cutanée. L'enveloppement, des onctions faites chaque soir, ou tous les deux soirs avec des corps gras, de l'axonge, de la glycérine, du glycérolé d'amidon, etc.. répondront à ces indications, et si ces topiques ne guérissent pas le psoriasis, ils atténuent au moins et très-notablement les inconvénients inhérents à cette période de l'affection.

Enfin, plus les sujets sont jeunes, plus le psoriasis est récent et plus la guérison est rapide, et les récidives sont éloignées. Aussi sera-t-il prudent, quand on voudra juger de la valeur d'un nouveau traitement, de l'appliquer à des psoriasis anciens, sinon invétérés.

D'après M. Devergie, le premier effet des pommades est de

faire tomber les squames, de mettre à nu la peau. Mais les frictions avec le savon mou de potasse réalisent encore plus rapidement cet effet en raison de l'action dissolvante des alcalis sur l'épiderme et les productions épidermiques; aussi doit-on habituellement leur donner la préférence, du moins au début de la médication locale. Les bains et les pansements à l'eau ont une action analogue; nous n'y reviendrons pas. A mesure que l'amélioration se produit, on voit diminuer l'hypérémie et l'épaississement cutané. Il se produit souvent alors un phénomène qui a été décrit avec beaucoup de soin par M. Devergie[1], et dont l'apparition est pour ce dermatologiste un indice aussi certain de guérison que la coloration brune peut l'être pour l'arsenic : « C'est la formation d'un petit liséré blanc autour de la plaque de psoriasis; il est d'abord très-étroit, il s'élargit ensuite, s'étale au fur et à mesure qu'il prend de l'accroissement; il gagne la plaque rouge de psoriasis, qui elle-même finit par disparaître : alors la peau reprend sa couleur naturelle, sa souplesse, et il est impossible de reconnaître qu'elle ait été maculée. »

Ce petit liséré blanchâtre que l'on observe, en effet, dans quelques cas, ne nous a pas paru survenir aussi fréquemment que l'indique M. Devergie, et puis c'est surtout au début du traitement que nous l'avons vu se manifester.

Quel que soit le traitement externe employé, on arrive après un temps plus ou moins long à faire disparaître les manifestations psoriasiques, à *blanchir* le malade; mais si ce point a son importance, il ne faut pas oublier qu'il y a quelque chose de plus à faire, c'est de chercher à éloigner les récidives.

Or dans ce but la première place appartient à l'arsenic, et la seconde à l'hygiène. Cette propriété de l'arsenic de retarder les poussées du psoriasis est admise aujourd'hui par tous les dermatologistes, c'est à ce point de vue que nous avons con-

[1] *Loc. cit.*, p. 390.

sidéré ce métalloïde comme un simple auxiliaire du traitement local, et il en a déjà été assez longuement question pour que nous n'y revenions pas.

L'hygiène joue, en effet, un rôle d'une grande importance dans le traitement de cette dermatose. Hebra s'élève, il est vrai, en toute occasion contre la part que l'on fait au régime dans l'étiologie des maladies de la peau, s'appuyant sur cette observation que dans certains pays où l'on fait un usage habituel de mets excitants, les manifestations cutanées ne sont pas plus fréquentes qu'ailleurs, que les eczémas, les psoriasis, etc., n'y sont pas plus nombreux.

C'est là une erreur contre laquelle nous ne saurions trop protester. Que la viande de porc, le poisson de mer, les aliments épicés, fortement salés et assaisonnés, de haut goût, des condiments, des vins généreux, les liqueurs, etc., puissent être pris sans inconvénient par bon nombre de personnes, cela est incontestable, et nul n'a jamais songé à le nier. Mais à côté de ces mêmes individus d'une santé solide et résistante, indemnes de toute prédisposition diathésique, il en est d'autres — et les exemples en sont nombreux — chez lesquels une nourriture excitante amène plus ou moins rapidement soit l'apparition de dermatoses héréditaires dans leur famille, soit surtout le retour de manifestations cutanées qu'un traitement antérieur avait fait disparaître. Ces malades ne s'y trompent pas et sont les premiers à vous dire que, quand ils commettent des excès de table ou de boisson, qu'ils prennent pendant un certain temps une nourriture *échauffante*, ils voient revenir leur maladie de peau.

Les veilles prolongées, une grande surexcitation morale, notamment les chagrins, toutes les causes générales que nous avons énumérées à propos de chaque maladie, jouent ici un rôle réel et ont, comme le régime, une influence décisive sur les réapparitions du psoriasis.

De ce rapide aperçu il résulte qu'il faut prescrire aux pso-

riasiques une hygiène et un régime convenables, leur recommander d'éviter toute alimentation trop excitante, notamment la viande de porc et le poisson de mer, l'usage des vins trop alcoolisés, des liqueurs, du café, les veilles prolongées, les travaux excessifs, etc.

Le psoriasis, de même que l'eczéma et d'autres dermatoses, s'observe quelquefois chez des personnes atteintes d'asthme, de bronchite chronique, de dyspepsie, etc.... Dans ces cas il est prudent de ne pas brusquer la guérison, si l'on veut éviter le retour des accès d'oppression ou des troubles digestifs.

Enfin, contrairement à l'opinion de M. Devergie, je crois qu'il est préférable d'instituer la médication générale, en même temps que l'on cherche à modifier localement l'état de la peau.

HYPERTROPHIES

ÉLÉPHANTIASIS DES ARABES

C'est une affection caractérisée par une hypertrophie de la peau, du tissu conjonctif sous-cutané et ultérieurement des organes et des tissus avoisinants. Cette affection, endémique dans certains pays, a comme représentation dégradée dans nos contrées ces états hypertrophiques des membres inférieurs consécutifs à certains eczémas, à certains lichens, et entretenus surtout par les ulcères chroniques de la jambe. La marche de ces deux affections est assez différente pour qu'on ne puisse établir entre elles que des rapports très-éloignés.

L'éléphantiasis peut s'observer sur toutes les régions du corps; cependant ses siéges de prédilection sont les membres inférieurs, le scrotum, les grandes et petites lèvres, etc. Aux membres inférieurs, la maladie est souvent précédée de phénomènes fébriles, de frissons, de nausées; au bout de quel-

ques jours, la peau se recouvre de traînées rouges (lymphangites), elle devient chaude, douloureuse au toucher, enflammée, le membre se tuméfie. Cet état aigu tombe après un certain temps, mais il reste de l'empâtement de toute la région ; puis surviennent de nouveau des phénomènes inflammatoires qui se reproduisent sous forme d'accès à des intervalles plus ou moins éloignés. La tuméfaction qui a persisté après le premier accès augmente ensuite graduellement et le membre finit par atteindre un volume considérable.

La jambe présente alors une grande ressemblance avec un pied d'éléphant, elle a parfois un aspect monstrueux, elle forme une masse énorme, compacte, qui se continue sans interruption avec le pied ; souvent il est impossible de reconnaître l'articulation tibio-tarsienne ou, si à ce niveau il existe une dépression, elle est presque toujours recouverte par des replis cutanés.

Dans certains pays, notamment aux Barbades, l'inflammation cutanée s'accompagne fréquemment de la tuméfaction des ganglions lymphatiques. Selon Hendy, l'engorgement ganglionnaire précéderait même quelquefois les phénomènes inflammatoires ; aussi cet auteur a-t-il décrit l'éléphantiasis sous le nom de *maladie glandulaire des Barbades*.

Une fois la maladie établie, la fièvre disparaît ; parfois même l'hypertrophie cutanée et cellulaire survient sans être précédée de phénomènes généraux et les individus ne s'aperçoivent de leur affection qu'à l'intumescence du membre qui est survenue d'une manière lente et graduelle.

Si l'on examine un membre ainsi affecté, on constate les phénomènes suivants : augmentation notable de volume, la peau est tendue, luisante, pâle ; quelquefois elle est rugueuse, fendillée, recouverte de squames épidermiques ; d'autrefois les plis et les sillons cutanés forment des rainures profondes dans lesquelles on trouve des débris d'épiderme macérés par la sécrétion sébacée et la sueur.

Au toucher, les tissus malades présentent au début une induration œdémateuse ; plus tard, ils sont durs, rénitents, élastiques. La peau fait en quelque sorte corps avec les tissus sous-jacents ; il est difficile de la pincer.

L'éléphantiasis s'observe aussi aux parties génitales ; au scrotum, il forme parfois des tumeurs d'un volume considérable. Quelques auteurs l'ont désigné sous le nom de *hernie charnue*, de *sarcocèle égyptien*, d'*hydrocèle endémique*. Le scrotum éléphantiasique peut atteindre un développement énorme et former des tumeurs pyramidales descendant jusqu'aux genoux ; on a rapporté des cas de tumeur éléphantiasique du scrotum pesant jusqu'à 20, 30 et 40 kilogr.

Sous l'influence des tiraillements exercés par la tumeur, le pénis finit par disparaître complétement et la peau de la verge ainsi tiraillée forme un canal étroit, une espèce de gouttière par où s'écoule l'urine.

Chez la femme, le clitoris, les grandes lèvres peuvent être le siége d'éléphantiasis et former des tumeurs plus ou moins volumineuses. On a noté aussi, mais plus rarement, l'éléphantiasis des mamelles, des oreilles. Il ne faut pas confondre cette dernière affection avec les manifestations lépreuses ayant le même siége.

L'éléphantiasis des Arabes est rare en Europe, en France, du moins, où on ne l'observe jamais qu'à l'état sporadique. Il est au contraire endémique dans certaines régions : l'Egypte, le Brésil, les Antilles, Ceylan, les Barbades, le Malabar. etc., pays dans lesquels des conditions climatériques, que l'on ne peut encore préciser, paraissent favoriser son développement, sans qu'il soit actuellement possible d'indiquer sous quelles influences il se manifeste.

Si, au début de l'éléphantiasis de la jambe, on peut constater des inflammations érysipélateuses, des angioleucites, des lymphangites, etc., qui expliquent son apparition, il n'en est plus ainsi quand cette affection a son siége aux parties

génitales. En effet, dans les pays où cette maladie règne d'une manière endémique, on n'a jusqu'à présent signalé aucuns phénomènes précurseurs capables d'en rendre compte. Des influences climatériques et hygiéniques, qu'il est encore impossible d'apprécier exactement, peuvent seules être invoquées.

Traitement. — La première chose à faire est de combattre les causes qui ont donné naissance à l'éléphantiasis ; on instituera donc une médication appropriée aux indications. C'est à ce titre que l'on devra recourir soit aux antiphlogisques s'il existe des phénomènes inflammatoires, soit aux purgatifs, si l'on reconnaît l'embarras de premières voies ou un certain degré de sténose abdominale. Si l'état éléphantiasique est sous la dépendance de troubles dans la circulation ou de lésions antérieures des tissus, qui ont amené l'afflux du sang et l'engorgement consécutif de parties dans certaines régions, le traitement sera institué d'après ces diverses données. Mais tout en s'efforçant d'atteindre le mal dans sa cause, il faut chercher à modifier les lésions existantes.

Comme traitement externe, un des moyens les plus efficaces contre l'éléphantiasis des Arabes, et celui par lequel on doit toujours commencer, est incontestablement une compression méthodique et régulière à l'aide de bandes de toile ou de flanelle, mais surtout avec des bandes élastiques qui ont l'avantage de se resserrer d'elles-mêmes à mesure que le membre diminue. La compression doit être accompagnée de repos absolu au lit, en ayant soin de faire tenir en même temps la partie malade dans une position un peu élevée.

Outre la compression, on peut aussi recourir au massage qui, pratiqué avec soin et d'une manière régulière, active les fonctions de la peau ; dans certains cas il contribue beaucoup à la guérison. On l'emploiera seul, mais de préférence avec la compression ou les bains.

Ces derniers, notamment les bains sulfureux, les bains et

douches de vapeur, en imprimant une excitation plus grande à la peau, en stimulant la circulation, seront utiles dans la plupart des cas. Mais ces divers moyens agissent très-lentement; aussi quelques chirurgiens ont-ils cherché un mode plus rapide et plus radical.

Ainsi, on a conseillé pour la guérison de l'éléphantiasis la ligature de l'artère principale du membre. C'est Carnochan de New-York qui, pour la première fois, en 1852, a fait cette opération. Depuis elle a été pratiquée un certain nombre de fois; d'après une statistique relatée par M. le Dr Marduel[1], cette méthode thérapeutique a été employée vingt-trois fois au moins, et par des hommes d'une véritable autorité.

Sur les vingt-trois faits recueillis par M. Marduel les résultats se décomposent de la manière suivante :

1 mort.
1 résultat presque nul.
4 récidives.
6 améliorations.
11 guérisons.
23

Toutefois, comme le fait remarquer avec beaucoup de raison le chirurgien lyonnais, il ne faut accepter ce chiffre de guérisons qu'avec une extrême réserve. D'une manière générale, la plupart des opérés n'ont pas été suivis assez longtemps pour qu'il soit possible de considérer chez tous la guérison comme définitive. Dans plusieurs cas la récidive ne s'est, en effet, produite qu'après un an, et on peut présumer que des faits donnés au moment de leur publication, comme des exemples de guérison, seraient devenus des récidives si l'observation eût été poursuivie plus longtemps.

Cette récidive est au moins très-probable; n'est-il pas à

[1] *Lyon médical*. t. XI, p. 584.

craindre, en effet, qu'après la ligature, une fois la circulation complétement rétablie par les artères collatérales, on ne voie reparaître les mêmes accidents et la maladie momentanément enrayée par la diminution de l'afflux sanguin suivre de nouveau une marche envahissante. C'est à cette circonstance que sont dues sans doute les récidives tardives observées un an et même plus après l'opération (cas de Queirel, de Buchanan, un des malades de Carnochan), récidives qui sont à redouter chez les malades dont l'observation n'a pas pu être continuée assez longtemps.

En présence de l'incertitude qui règne encore sur les résultats définitifs d'une opération aussi dangereuse, de nouveaux faits sont nécessaires avant de pouvoir la faire entrer dans la thérapeutique de l'éléphantiasis.

La ligature d'une artère importante, comme, par exemple, l'iliaque, la fémorale, etc., est toujours une opération grave, aussi quelques chirurgiens, notamment MM. Vanzetti, Gosselin, etc., ont-ils conseillé d'avoir recours à la compression prolongée de l'artère. Ce procédé qui est à peu près sans danger compte déjà quelques succès. La compression digitale ou à l'aide d'un appareil spécial réalise des effets identiques à ceux de la ligature ; comme cette dernière, elle arrête la circulation sanguine, et, employée avec succès dans le traitement des anévrysmes, elle mérite aussi de prendre place dans celui de l'éléphantiasis. Avant de recourir à la ligature, on devra donc toujours commencer par la compression.

On a proposé aussi l'amputation du membre, à laquelle on n'aura évidement recours que lorsque tous les autres moyens auront échoué et que le malade condamné à une immobilité absolue par suite de la masse éléphantiasique verra sa santé générale se détériorer au point qu'il devienne rationnel de lui faire subir les chances d'une aussi grave opération.

Dans le traitement de l'éléphantiasis des parties génitales, il ne saurait être question de recourir à la compression ; la

nature des tumeurs, leur forme, etc., sont des obstacles absolus à l'application de cette méthode.

Si les tumeurs éléphantiasiques de ces régions ne sont pas une affection dangereuse et n'entraînent ni douleurs, ni troubles sérieux dans l'organisme, il n'en est pas moins certain que lorsqu'elles atteignent un volume considérable, elles constituent une gêne très-grande pour les malades et un obstacle à la marche. Dans ces conditions le seul traitement est l'ablation totale ou partielle de la tumeur. Nous n'avons pas à indiquer ici quelles sont les règles à suivre pour cette opération ; elles varient, on le comprend, suivant le siége de la maladie et suivant son étendue, on les trouvera du reste indiquées dans tous les traités de chirurgie.

SCLÉRODERMIE

Sous le nom de *sclérodermie*, de *sclérème des adultes* (*sclériasis* des auteurs anglais), on désigne une affection chronique de la peau, non contagieuse, caractérisée par l'induration du tégument sans changement de coloration au début, avec atrophie consécutive. L'altération de la peau envahit le tissu cellulaire sous-cutané et peut même s'étendre aux os et aux articulations.

Le symptôme le plus important, signalé par tous les observateurs, est cette dureté particulière de la peau, dureté qui n'est ni celle de l'œdème, ni celle de l'inflammation. Les plis et les sillons cutanés disparaissent presque complétement, il est impossible de pincer la peau, de la faire glisser sur les tissus sous-jacents, d'y laisser une empreinte en appuyant avec le doigt. On a comparé cet état scléreux de la peau à celui du cancer ligneux, d'un cadavre congelé, etc. Cette induration cutanée peut se présenter par plaques disséminées ou bien envahir tout un membre ou toute une région. On l'a observée dans

les différentes parties du corps, le plus souvent elle a son siége dans les régions supérieures du tronc, notamment au cou, à la face, aux épaules, aux mains, aux bras, etc. Quand l'induration existe à la figure, elle enlève toute expression, on dirait une statue de cire ou de marbre.

La peau présente d'autres altérations, elle est amincie, rétractée, elle paraît être devenue trop étroite pour les parties sous-jacentes sur lesquelles elle est comme collée, d'où le nom de *scrofule momifiante* que lui avait donné Alibert. Les mouvements sont difficiles, incomplets, il peut même se produire de fausses ankyloses. Les orifices naturels sont rétrécis, les paupières, les lèvres ne peuvent plus se fermer que d'une manière incomplète.

La peau au bout d'un certain temps perd sa coloration normale; chez quelques malades elle est décolorée, d'un gris jaunâtre, brune sur les parties indurées. On trouve aussi des taches que M. Horteloup [1] a divisées en deux classes : « les unes se présentant sous la forme de plaques assez étendues, rougeâtres et violettes, ne changeant pas d'aspect à la pression, et pouvant siéger sur toutes les parties du corps, mais peut-être plus particulièrement sur les parties osseuses ; les autres, beaucoup plus petites, d'une coloration beaucoup plus rouge, de l'étendue de 1 à 2 lignes, disparaissant sous la pression du doigt et semblant produites par des dilatations vasculaires. »

Les premières s'ulcèrent fréquemment, et à la place de l'ulcération il reste ces cicatrices blanchâtres, déprimées, que l'on voit notées dans la plupart des observations. Les taches vasculaires sont beaucoup plus rares; très-petites sur le tronc ou sur la face, elles peuvent occuper une étendue plus considérable aux mains, aux doigts et présenter ce que M. Raynaud a décrit sous le nom d'*asphyxie locale*.

[1] *De la sclérodermie*, p. 57.

Rappelons encore que l'on voit survenir l'induration et la tension cutanées dans des points qui avaient été le siége de douleurs considérées comme étant de nature rhumatismale. Les malades accusent souvent des douleurs au bout des doigts, douleurs qu'ils comparent à l'onglée. Presque tous aussi se plaignent d'une sensibilité extrême au froid.

Chez certains sujets les plaques scléreuses de la peau sont précédées d'éruptions de diverse nature.

Nous aurions encore bien d'autres symptômes à noter si nous devions faire un tableau complet du sclérème des adultes; on en trouvera l'exposé détaillé dans les divers mémoires publiés sur ce sujet.

Malgré les altérations graves que présentent la peau et les tissus sous-jacents, la santé des sclérodermiques est satisfaisante, du moins pendant les premières périodes de l'affection. Il n'y a pas de fièvre, les fonctions s'accomplissent régulièrement chez quelques malades. Toutefois après un certain temps on voit leurs forces diminuer : ils deviennent anémiques, maigrissent et finissent habituellement par tomber dans le marasme.

Cette affection, comme nous l'avons dit, atteint de préférence des sujets nerveux chez lesquels on a parfois observé dans le cours de la maladie des troubles psychiques. M. Lailler l'a constaté deux fois.

Quelles sont les causes de la sclérodermie? L'étiologie de cette affection est encore bien incomplète, et dans un certain nombre des cas rapportés, il a été impossible de découvrir une cause même probable. — Elle paraît plus fréquente chez les femmes que chez les hommes. Sur 43 observations réunies par M. Colliez, il n'y a que 10 hommes. L'âge ne paraît avoir aucune importance, on a rencontré cette maladie chez des enfants de huit à dix ans et chez des vieillards ayant dépassé soixante ans.

MM. Lasègue et Horteloup ont fait remarquer que la sclérodermie survenait souvent chez des personnes qui étaient malades depuis longtemps, chez des sujets cachectiques, cet état cachectique pouvant du reste dépendre de causes très-diverses. C'est là, croyons-nous, une donnée très-probable et d'une manière générale on peut dire que le sclérème des adultes s'observe le plus souvent chez des sujets nerveux, affaiblis, anémiés, etc., dont l'organisme en un mot a été déprimé par une cause quelconque.

Comme causes occasionnelles on a surtout noté l'influence du froid, mais dans d'autres circonstances la maladie a débuté d'emblée sans qu'il ait été possible de lui assigner un point de départ.

Pour M. Bázin, « la sclérodermie est une lésion de même ordre que la kéloïde et les tumeurs fibro-plastiques. Elle naît et se développe sous l'influence d'un état morbide général, de nature diathésique, état qui se traduit par l'infiltration dans le tissu de la peau d'un élément de formation nouvelle, l'élément fibro-plastique. » (*Bazin, leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées artificielles, etc.*, pag. 361).

M. Horteloup (loc. lit. pag. 122 et suiv.) a émis, quant à la nature de l'affection, une autre théorie basée sur les propriétés anatomiques et physiologiques de la peau. On sait, dit-il, que outre des fibres lamineuses qui forment de véritables faisceaux, entre lesquels se trouvent les fibres élastiques, il existe dans la peau des fibres-cellules ou fibres du tissu musculaire organique, fibres lisses, contractiles et qui forment de véritables petits muscles dans l'intérieur du derme. Ces fibres-cellules entrent aussi dans la structure des artères et des veines. Les remarquables travaux de MM. Schiff, Cl. Bernard et Marey ont prouvé de la façon la plus nette l'aptitude de ces fibres musculaires des capillaires à se contracter sous l'influence du grand sympathique. M. le docteur Raynaud s'est

appuyé sur ces découvertes pour expliquer la syncope locale, l'asphyxie locale et la gangrène des extrémités. M. Horteloup a cherché à son tour à expliquer la sclérodermie par un mécanisme analogue.

« Si, dit cet auteur, les fibres musculaires des canaux vasculaires, en se contractant, diminuent assez leur volume pour empêcher la circulation du sang, nous pouvons donc admettre que, dans le derme, ces fibres de même nature puissent se contracter pour produire une véritable rétraction. »

C'est encore l'élément nerveux qui permettrait de se rendre compte, d'après M. Horteloup, des taches rouges que l'on observe dans la sclérodermie, Il en est de deux espèces : celles qui ne changent pas de couleur à la pression du doigt seraient des plaques de sclérodermie dans lesquelles aurait eu lieu un travail de pigmentation, probablement sous une influence nerveuse; quant aux autres taches, elles auraient la même origine que les taches violacées de l'asphyxie locale. La forme symétrique du sclérème des adultes viendrait encore à l'appui de l'origine nerveuse de cette affection. Enfin, « pour expliquer la persistance de la sclérodermie, il faut admettre que, lorsque la contracture du derme a duré pendant un certain temps, il se produit entre les fibres condensées un travail agglutinatif qui l'empêche de revenir à son état primitif et est la cause d'une véritable altération matérielle de la peau » (Horteloup).

On admet bien aujourd'hui que le sclérème est dû à une influence nerveuse, mais on l'explique par un mécanisme différent.

La plupart des anatomo-pathologistes considèrent en effet que cette affection est sous la dépendance de troubles de l'innervation.

Est-ce une trophonévrose, comme le pensent quelques auteurs? MM. Hallopeau, Colliez ont essayé d'établir l'identité de ces deux affections. On retrouve, en effet, dans les troubles

trophiques consécutifs aux altérations traumatiques ou fonctionnelles des nerfs, des lésions cutanées, cellulaires, osseuses, etc..., semblables à celles qu'on rencontre dans le sclérème.

Mais les troubles trophiques ne sont pas toujours primitifs.

Ainsi, pour ce qui est du cas rapporté par M. Lagrange[1], on ne trouva aucune lésion appréciable dans la moelle épinière, les nerfs et les muscles. Est-ce une raison pour rejeter les troubles trophiques dans la sclérodermie? « Pas le moins du monde, et, sans nous départir de la logique, dit cet auteur, nous pourrons bien admettre que les extrémités périphériques des nerfs, atteintes comme nous avons pu nous en convaincre sur nos coupes totales du petit doigt gauche par la sclérose cutanée et sous-cutanée, seront capables de déterminer des bulles, des vésicules, des ulcérations même et d'autres troubles trophiques; mais ces troubles trophiques seront alors secondaires et le fait de l'altération consécutive, soit de la gaîne des nerfs cutanés, soit des tubes nerveux eux-mêmes. »

Disons cependant que, malgré les investigations que nous venons de signaler, bien des points restent encore à élucider dans cette singulière affection. Cependant si les recherches modernes n'ont pu dissiper toutes les obscurités, elles éclairent du moins la véritable route par laquelle on doit, un jour, arriver à mieux se rendre compte des lésions existantes.

Traitement. — La médication a, comme il est facile de le comprendre, beaucoup varié suivant l'idée que chaque auteur se faisait de la nature de la maladie. Nous n'avons point à énumérer ici tous les traitements qui ont été successivement préconisés; nous nous bornerons à indiquer ceux préconisés dans ces derniers temps. Les sudorifiques, les diurétiques et les purgatifs ont été recommandés par quelques dermatolo-

[1] *Contribution à l'étude de la sclérodermie avec arthropathies et atrophie osseuse.*

gistes, mais ne paraissent pas avoir donné de résultats. Nous en dirons autant des émissions sanguines qui seraient plutôt nuisibles qu'utiles en contribuant à augmenter l'état d'anémie et de faiblesse des malades. Le mercure, l'iode ont été également prescrits, mais sans grand succès. Les bains de vapeur, les bains alcalins ont été utiles, d'après M. Bazin, dans certains cas. L'hydrothérapie a été employée avec un succès relatif; on pourrait peut-être l'essayer de nouveau, mais avec précaution et en surveillant avec soin la réaction.

La seule médication qui paraisse avoir exercé une influence favorable sur la sclérodermie, c'est la médication reconstituante. Huile de foie de morue, ferrugineux, amers, régime tonique, etc..., devront donc toujours être prescrits dans ces cas, du moins chez les individus cachectiques et anémiés. C'est surtout à l'état général qu'il faudra s'adresser, et c'est dans l'étude attentive du malade que le médecin devra puiser les meilleures indications.

NÉOPLASIES

MYCOSIS

Sous la dénomination de *mycosis fongoïde*, de *lymphadénie cutanée*, etc., on désigne actuellement des tumeurs de la peau qui paraissent être la manifestation ultime d'une affection, encore inconnue dans sa nature, dont le début se fait par de simples taches qui, à une période plus avancée, deviennent des plaques saillantes, auxquelles succèdent des tumeurs plus ou moins volumineuses, décrites par Alibert et plus tard par M. Bazin sous le nom de mycosis fongoïde.

Cette affection présente des caractères très-différents suivant l'époque à laquelle on l'examine. A l'origine, la maladie se révèle le plus ordinairement par des éruptions obscures,

mal définies, qui ne permettent pas toujours d'en reconnaître la nature. Ainsi, on constate la présence de taches congestives, rouges, irrégulières, disséminées, non saillantes, survenant tantôt sur le tronc, tantôt sur les membres inférieurs, et, après un temps plus ou moins long, pouvant envahir toute la surface tégumentaire. « A mesure que cette éruption progresse, elle s'accompagne, dit M. Gillot [1], de démangeaisons plus ou moins vives ; les malades se grattent parfois violemment, et, sous l'influence de ce grattage, les surfaces malades peuvent s'excorier, suinter, et même se recouvrir de croûtes molles ; elles ont alors une assez grande ressemblance avec un eczéma... Quand les taches congestives ont existé pendant quelque temps, ou qu'elles ont été irritées, elles se recouvrent de squames fines, et revêtent l'aspect d'un pityriasis ou plutôt d'un eczéma à la période de dessication. » Après une durée assez longue ces taches finissent par disparaître ; elles se reproduisent ensuite par poussées successives à des intervalles plus ou moins éloignés. Cependant au bout d'un certain temps la peau s'altère, s'épaissit, il se forme des plaques lichénoïdes ; elles surviennent, soit sur les points qui ont été primitivement affectés, soit sur des parties encore indemnes. Ces plaques lichénoïdes s'observent de préférence au tronc et à la face ; leur forme est en général arrondie ; leur coloration est d'un rouge sombre ; leur surface rugueuse (Gillot).

Les taches congestives et les plaques lichénoïdes ne sont pas constantes ; M. Demange [2] a vu le lichen faire complétement défaut dans un cas.

Après un temps variable, souvent très-long, on voit apparaître sur les plaques eczémato-lichénoïdes ou dans leurs intervalles des tumeurs fongoïdes, d'un rouge violacé, de la grosseur d'un pois ou d'une noix. Parfois, plusieurs d'entre

[1] *Étude sur une affection de la peau, décrite sous le nom de mycosis fongoïde* (lymphadénie cutanée), p. 14.
[2] *Étude sur la lymphadénie*, p. 49.

elles se réunissent et forment des excroissances plus ou moins volumineuses, mamelonnées, qui rappellent, pour la forme et pour le volume, des morilles (Alibert) ou des tomates mures (Bazin). Ces tumeurs ont en général une forme orbiculaire, globuleuse ; la peau qui les recouvre est lisse, tendue, sans vascularisation apparente ; elles ont un aspect œdémateux, mais la pression du doigt ne laisse aucune empreinte (Gillot). Leur consistance est ferme, élastique, résistante ; quelquefois elles ont une dureté presque fibreuse (Guérard) [1].

Une fois que ces tumeurs ont atteint un certain volume, elles restent stationnaires pendant quelque temps, puis les unes peuvent diminuer et même disparaître complétement, tandis que d'autres se ramollissent et s'ulcèrent. Cette rétrocession est un des phénomènes les plus caractéristiques de cette affection ; M. Bazin l'a tout particulièrement signalée, et dernièrement MM. Gillot et Demange en ont fait ressortir toute l'importance. On retrouve cette rétrocession des tumeurs indiquée dans toutes les observations de mycosis publiées jusqu'à ce jour.

« On voit alors les tumeurs diminuer rapidement de volume, s'affaisser, fondre pour ainsi dire, sans que la peau se plisse à la surface, ni s'exfolie. En quelques semaines, en quelques jours parfois, une tumeur du volume d'une noix a disparu sans laisser de traces. Ce phénomène se reproduit en général à plusieurs reprises dans le cours de la maladie (Gillot).

Dans toutes les régions envahies par les éruptions mycosiques, on observe presque toujours la chute des poils et des cheveux ; les ongles sont déformés, amincis, cassants.

Chez tous les malades atteints de mycosis on a noté l'engorgement des ganglions lymphatiques. Partout les altérations des ganglions paraissaient en rapport avec les lésions du tégu-

[1] Guérard, *Du mycosis fongoïde généralisé.*

ment externe (Gillot). Les masses ganglionnaires subissaie t les mêmes phénomènes de rétrocession que nous avons signalés pour les productions mycosiques.

Toutefois, la plupart se terminent par ulcération. La tumeur se ramollit, il se fait une perte de substance qui s'agrandit progressivement. Ces ulcères ont l'aspect terne et blafard des ulcérations cancéreuses; ils n'ont aucune tendance à s'étendre en profondeur; les bords en sont durs, taillés à pic, irréguliers, non décollés, le fond est inégal, anfractueux, recouvert d'une sanie purulente. Cette affection paraît en général peu douloureuse; les tumeurs surviennent surtout par poussées, et leur apparition est précédée d'un certain malaise.

Dans l'intervalle de ces poussées, le mal subit parfois un véritable temps d'arrêt. Mais à mesure que les tumeurs fongoïdes se généralisent, que les ulcérations se produisent, la santé s'altère, des troubles généraux graves et profonds se manifestent. Le malade présente alors tous les signes d'une cachexie irrémédiable : exacerbations fébriles le soir, amaigrissement, perte des forces, diarrhée colliquative, marasme.

Les causes du mycosis fongoïde sont complétement inconnues. On y a fait figurer toutes les causes déprimantes.

Traitement. — En dehors d'une médication reconstituante qui s'adressera à l'état anémique, cachectique de la lymphadénie, il est bien difficile d'indiquer un traitement rationnel de cette affection tant que l'on ignorera les causes qui lui donnent naissance. L'hydrothérapie, les eaux bromo-iodurées, le fer, les amers, etc., pourront intervenir d'une façon utile pour modifier l'état général et enrayer, sinon arrêter, la dégradation organique.

La décoction de Zittmann a semblé, dans un cas, produire des effets salutaires ; toutefois son action ne fut que momentanée (Gillot).

Contre les ulcères mycosiques on emploiera les mêmes

moyens auxquels on a recours contre les plaies de mauvaise nature : acide phénique dilué, alcool camphré, vin aromatique, poudre de quinquina et de charbon, chlorure de chaux, etc., en un mot pansements détersifs et un peu excitants de manière à modifier la vitalité des ulcérations.

Si dans le même chapitre je réunis le mycosis fongoïde et ces tumeurs papillomateuses décrites par quelques auteurs sous le nom de lichen hypertrophique, ce n'est pas que je considère cette dernière affection comme une simple variété du mycosis. Mais les lésions cutanées que l'on observe dans ces deux maladies présentent certains phénomènes communs qui permettent de les ranger dans la même classe, bien que sous certains rapports elles offrent de grandes différences, ne serait-ce que la rétrocession des tumeurs et la tendance à la généralisation qui sont deux des caractères les plus importants du mycosis et que l'on n'a jamais signalés dans le lichen hypertrophique.

Du reste, il est bien difficile de savoir quelle est la place que l'on doit assigner à ces lésions cutanées. Dans ses leçons sur les affections cutanées dartreuses, M. Hardy en a fait un lichen hypertrophique, on pourrait aussi les comprendre dans le groupe des modifications de la peau que l'on rencontre dans ces états éléphantiasiques qui se rapprochent de l'éléphantiasis des Arabes.

Quoi qu'il en soit, nous désignerons sous les noms de *tumeurs papillomateuses*, de *lichen hypertrophique*, d'*eczéma dégénéré* (Bazin), ces végétations, plus ou moins saillantes, mamelonnées, inégales, parfois avec ulcérations, donnant lieu à une sécrétion séro-purulente fétide. La peau et les tissus sous-jacents sont infiltrés, épaissis, indurés, comme

hypertrophiés. Cette affection s'observe presque exclusivement aux membres inférieurs. Tous les cas rapportés par M. le docteur Demeules [1] occupaient ce siége. Ces tumeurs végétantes n'ont pas toujours pour point de départ les mêmes lésions élémentaires : elles peuvent se développer sur une surface eczémateuse ancienne aussi bien que sur des plaques lichénoïdes, ou même consécutivement à d'autres altérations de la peau. Du reste, on est bien rarement appelé à voir la maladie à son début et par conséquent il est difficile de pouvoir en apprécier le véritable point de départ. Mais pourtant il est incontestable que l'eczéma en est souvent l'origine, ce qui fait que M. Bazin a pu justement lui donner le nom d'eczéma dégénéré.

Dans ces cas, le membre affecté est toujours plus volumineux que le membre sain, il en résulte souvent une déformation considérable, notamment au niveau du cou-de-pied. Chez tous les malades, M. Demeules a constaté la présence de varices sur le membre correspondant; aussi considère-t-il comme cause de cette hypertrophie cutanée un trouble de la circulation dû à un état variqueux. Un de ses malades vit disparaître les varices de sa jambe à mesure qu'elle devenait le siége d'un lichen hypertrophique. On doit faire, cependant, quelques réserves en faveur de la participation probable du système lymphatique dans la genèse de ces végétations cutanées. Quant au traitement, M. Demeules insiste sur l'emploi d'une compression méthodique et régulière. Au début, on combattra les phénomènes inflammatoires à l'aide de topiques émollients, de bains de vapeur, etc.

M. Lailler emploie depuis quelque temps, et il lui semble avec avantage, la médication suivante empruntée en partie à la pratique d'Hebra. Voici en quoi elle consiste. On fait sur les parties malades une lotion avec une solution alcoolique

[1] *Du lichen hypertrophique*, in *Mémoires de l'Académie de médecine*, t. XXX, 1er fascicule, 1871-1873.

au 20e de potasse caustique, on y étend ensuite une couche assez épaisse de savon noir, puis on les enveloppe de tours de bandes de flanelle largement imbibée de savon noir. On recouvre le tout d'une couche de ouate et d'une bande roulée. Si la douleur n'est pas trop vive on laisse ce pansement en place pendant deux ou trois jours. Quand on l'enlève, on trouve, après lavage, les parties malades d'un rouge vif et recouvertes d'une suppuration de bonne nature. Après quelques jours d'application de cataplasmes de fécule, on recommence de la même façon l'application du savon. Après trois ou quatre séries de ces applications, les surfaces malades sont en voie de cicatrisation et l'on termine la guérison par des pansements simples. C'est surtout dans les papillomes ulcérés que ce moyen paraît réussir le mieux.

Dans la forme hypertrophique on se trouve bien d'adjoindre à ce traitement la compression à l'aide du bandage ouaté de A. Guérin.

CHÉLOÏDE OU KÉLOÏDE

On donne le nom de *kéloïde* à des excroissances aplaties, de forme irrégulière, dures, rénitentes, plus ou moins volumineuses, saillantes, à bords nettement délimités, siégeant dans l'épaisseur du tégument ou d'une cicatrice et qui ont une grande tendance à se reproduire dans les points où elles ont primitivement existé. Ces excroissances cutanées forment des tumeurs parfaitement distinctes, mobiles sur les tissus sous-jacents et qui sont comme encastrées dans la peau. On en décrit deux variétés : *kéloïde spontanée*, *kéloïde cicatricielle*. Ces dénominations correspondent aux divisions admises par Alibert de *kéloïde vraie* et *kéloïde fausse*. Retz, qui le premier a parlé de cette affection, l'avait désignée sous le nom de *dartre de graisse*.

La kéloïde spontanée se présente en général comme une tumeur légèrement saillante au-dessus du niveau de la peau ; elle paraît constituée par l'hypertrophie du tissu fibreux de cet organe. La forme en est quelquefois cylindrique — *kéloïde cylindracée* d'Alibert ; d'autrefois elle offre un aspect cruciforme ou étoilé ; le plus ordinairement elle affecte la forme d'un quadrilatère allongé. De ces tumeurs partent des irradiations, des prolongements qui vont se perdre dans la peau saine et lui donnent une ressemblance éloignée avec les pattes d'un crabe ou d'une écrevisse. C'est cette ressemblance qui lui a fait donner, par Alibert, le nom de kéloïde (χηλὴ pince d'écrevisse, et εἶδος figure).

La surface des kéloïdes est en général unie, lisse.

La coloration est tantôt pâle, blanchâtre, d'un aspect cicatriciel, — *kéloïde blanche* de M. Bazin ; tantôt rougeâtre, violacée, parsemée de stries vasculaires, — *kéloïde rouge*, du même auteur. Cette dernière variété — kéloïde vasculaire — a pour siége élémentaire la glande sébacée pileuse, et s'observe fréquemment sur le devant de la poitrine et à la nuque, — *acné kéloïdique* (Bazin).

Souvent on n'observe qu'une seule plaque kéloïdienne ; cependant il n'est pas rare d'en rencontrer plusieurs chez le même individu. Hebra et Kaposi citent le fait d'un officier chez lequel ils en constatèrent jusqu'à vingt.

La kéloïde n'est pas naturellement douloureuse. D'après le Dr Firmin, quelques malades ressentent, dans les points affectés, des picotements et des démangeaisons insupportables ; dans certains cas même, des douleurs pongitives et lancinantes. Pendant la nuit surtout, ils accusent un prurit très-incommode ; les variations atmosphériques, les repas copieux et excitants, amènent le même résultat que la chaleur du lit. Ces phénomènes douloureux se rencontrent surtout dans la kéloïde spontanée (Hardy).

La kéloïde s'observe de préférence à la partie supérieure du

corps, notamment à la région sternale, au lobule de l'oreille, à la suite de la perforation de cet organe (Lhonneur, Kaposi), aux épaules, sur les bras, etc., ce n'est qu'exceptionnellement qu'on l'a rencontrée aux membres inférieurs. Une fois arrivée à un certain degré de développement, la kéloïde peut rester stationnaire pendant longtemps; elle a du reste une marche très-lente, n'a nulle tendance à se généraliser, et ne s'accompagne pas d'engorgement des ganglions correspondants; elle ne se termine pas par ulcération (Hebra), M. Hardy n'a jamais non plus rencontré de kéloïdes ulcérées spontanément.

La kéloïde n'entraîne aucun trouble de la santé générale. Seulement par son siége ou son volume elle peut occasionner la gêne de certaines fonctions.

La kéloïde spontanée débute soit par un petit *bouton* rouge, dur, proéminent, soit par une plaque saillante, rosée, d'une étendue variable (Firmin[1]). La forme initiale peut encore se produire sous d'autres aspects : une simple tache, une pustule, etc.

Les plaques kéloïdiennes peuvent disparaître spontanément. Alibert, Hebra et d'autres observateurs en ont rapporté des exemples. On trouve à la place occupée par les tumeurs, un tissu blanchâtre, cicatriciel. Ce tissu de cicatrice occupe la même étendue que les tumeurs qu'il remplace, il est de niveau avec la peau adjacente, sans la moindre dépression. « Cette sorte de cicatrice, ajoute M. Firmin[2], est blanche, fine, unie, régulière, ne présentant pas les irrégularités que l'on remarque habituellement sur les cicatrices ordinaires. On trouve à la surface de ces plaques les orifices des follicules pileux et des follicules sébacés dilatés; il en résulte un aspect piqueté particulier. En effet, sur ces espèces de cicatrices, comme sur les tumeurs, on peut distinguer des poils fins et soyeux; dans

[1] *De la kéloïde*, p. 14.
[2] *Loc. cit.*, p. 16.

certains cas même, on a pu constater la présence de la sueur. »

Les causes de la kéloïde spontanée sont encore inconnues. D'après Alibert, le tempérament lymphatique prédisposerait à cette affection. M. Hardy a fréquemment rencontré des kéloïdes chez des personnes qui, ni par leurs antécédents, ni dans leur santé actuelle ne pouvaient être soupçonnées de scrofule. M. Bazin considère la kéloïde comme appartenant à la diathèse fibro-plastique. Rayer attribue une certaine influence à l'hérédité. Suivant le Dr Firmin, la kéloïde serait une tumeur bénigne, de nature simple, résultat d'un travail organique dont la cause première est inconnue dans son essence. La kéloïde se produit en général à l'âge adulte, elle est plus rare chez les enfants et les vieillards.

La kéloïde spontanée peut donc survenir sans cause appréciable ou à la suite de frottements, d'applications irritantes faites à la surface de la peau, notamment après des frictions stibiées, sur la surface d'un vésicatoire. Des contusions, des cautérisations ont été quelquefois suivies de saillies kéloïdiennes. Elles se produisent aussi à la suite d'une simple érosion, d'une égratignure, d'une piqûre de sangsue, etc.

La kéloïde fausse ou kéloïde cicatricielle se développe dans le tissu des cicatrices. Elle survient fréquemment à la suite des ulcérations scrofuleuses et syphilitiques, sur les cicatrices des brûlures, des vieux ulcères (Bazin), après des plaies de toute nature.

La surface des kéloïdes cicatricielles est inégale, souvent sillonnée de brides épaisses analogues à celles que l'on trouve à la suite des brûlures. Si dans la kéloïde spontanée la peau conserve ses fonctions normales, il n'en est plus de même dans la kéloïde cicatricielle où, à la place du tégument, il s'est développé un véritable tissu de cicatrice.

Elles se produisent de préférence chez les individus lymphatiques ou scrofuleux.

Quand une cicatrice doit devenir le point de départ d'une transformation kéloïdienne, on observe, dit Follin[1], sur sa surface un ou plusieurs points indurés et saillants, qui parfois semblent faire partie du tégument lui-même. Ces élevures peuvent ne donner lieu à aucune gêne, ni à aucune douleur et les malades rester longtemps sans s'en apercevoir.

Ces points indurés peuvent se pédiculiser et acquérir un volume considérable. Il n'est pas rare de voir naître sur d'autres points de la cicatrice des tumeurs analogues. Dans certains cas, ces cicatrices s'hypertrophient en masse et envoient des prolongements analogues à ceux qu'on observe dans la kéloïde spontanée.

Ces tumeurs fibro-plastiques ou kéloïdiennes peuvent s'affaisser et disparaître spontanément, mais c'est là un phénomène rare; le plus habituellement elles ont une marche lente et progressive; parfois elles deviennent le siége d'une ulcération dont la cicatrisation se fait ensuite difficilement.

Traitement. — Aucune médication interne n'a d'action sur la kéloïde, qu'elle soit spontanée ou cicatricielle. L'iodure de potassium, la ciguë, l'arsenic, etc. ont été essayés, mais sans aucun succès. Nous en dirons autant des résolutifs, des modificateurs locaux, tels que les pommades mercurielles, iodurées, à la ciguë, etc.... Les courants continus, conseillés par quelques auteurs, n'ont pas amené de guérison. La compression à l'aide de bandelettes de diachylon ou d'emplâtre de Vigo a donné quelques résultats. M. Hardy a été témoin de plusieurs guérisons obtenues par ce moyen; dans bien des cas, cependant, il est resté insuffisant.

On a encore conseillé d'avoir recours à l'ablation ou à la cautérisation des tumeurs kéloïdiennes. Toutefois cette pratique doit être rejetée d'une manière générale, car il est aujour-

[1] *Etudes sur les végétations des cicatrices et des ulcères*, in *Gazette des hôpitaux*, juin 1849.

d'hui parfaitement démontré que si l'on enlève une kéloïde, soit par le bistouri, soit au moyen de caustiques, non-seulement elle récidive presque toujours, mais encore cette récidive se traduit, au siége primitif, par une nouvelle tumeur kéloïdienne plus étendue et plus saillante que celle qu'on avait excisé une première fois. Ces récidives sont à peu près fatales, bien qu'il existe dans la science des cas de guérison définitive, bien constatés, soit après la cautérisation, soit après l'ablation par l'instrument tranchant.

De plus, dans ces tumeurs kéloïdiennes du lobule de l'oreille, MM. Broca, Virchow, Léon Tripier ont depuis longtemps remarqué que des kéloïdes qui, lors d'une première extirpation, avaient offert une structure entièrement fibreuse, présentaient après récidive, à la seconde ou à la troisième extirpation, moins de tissu fibreux et plus d'éléments cellulaires; et il arrivait un moment où la tumeur était plus riche en sucs, plus vasculaire et offrait tous les caractères d'un sarcôme.

Dans un cas de kéloïde spontanée de la région sternale il se produisit, à la suite d'opérations multiples, nécessitées par des récidives opiniâtres, des phénomènes névropathiques à forme et à siége variés [1].

Si l'on se décidait, malgré ces chances défavorables, à tenter l'opération, on pourrait employer la pâte sulfo-safranique, préconisée par Velpeau, des flèches de pâte de chlorure de zinc ou encore des badigeonnages avec la solution alcoolique de potasse suivis d'application de savon cadique et d'une compression légère, d'après le procédé de M. Lailler (voir le chap. précédent).

Dumreicher [2] a réussi à faire disparaître une kéloïde de

[1] Verneuil, *Sur les névralgies traumatiques secondaires précoces*, in *Archives générales de médecine*, 1874, t. XXIV, p. 528.
[2] T. Fox, *loc. cit.*, p. 351.

la lèvre par l'application d'une pommade composée comme il suit :

Axonge.	30 grammes.
Acétate de plomb.	4 »
Alun.	2 »

Il en est de même de l'excision par l'instrument tranchant. La récidive s'est presque toujours reproduite au niveau de son siége primitif, quoiqu'on avait eu soin de comprendre dans l'incision une certaine étendue de tissu sain.

Aussi doit-on réserver l'intervention chirurgicale pour les seuls cas où ces tumeurs, présentant un volume considérable, deviennent un obstacle au fonctionnement régulier d'un organe ou constituent une difformité pénible pour les malades.

Mais si la kéloïde est peu considérable, si elle n'occasionne qu'une simple gêne, si elle est multiple, mal délimitée, avec de nombreuses ramifications, il faut renoncer à toute opération. La seule chose à faire dans ces cas est d'éviter toutes les causes d'irritation locale, et en particulier les frottements. Dans ce but on pourra avoir recours, soit au collodion élastique, soit simplement à du diachylon ou à un emplâtre anodin quelconque.

Les kéloïdes sont parfois le siége de douleurs très-vives, notamment de douleurs névralgiques. On doit chercher à les calmer soit au moyen d'emplâtres opiacés ou belladonnés, ou avec des pommades contenant de l'opium, du chloroforme, de la ciguë, etc..., soit à l'aide d'injections hypodermiques de morphine ou encore en soumettant le malade à l'administration interne du chloral, du bromure de potassium, etc.... Dans quelques cas le docteur Kaposi a obtenu de bons effets de l'usage à l'intérieur de la liqueur de Fowler à doses progressives.

Quelquefois, malgré les médications les plus variées, on voit les douleurs persister et devenir pour les malades une

cause d'insomnie et amener des troubles sérieux dans la santé.

Dans ces cas on a conseillé, comme pour les cicatrices douloureuses, la section des filets nerveux correspondants. A cet égard, nous rappelons qu'il résulte des recherches de MM. Arloing et Tripier [1], que les sections nerveuses incomplètes sont parfaitement inutiles. En effet, ces auteurs ont démontré que, tant qu'une branche nerveuse met en relation un point quelconque des membres, soit directement, soit indirectement avec les centres, la transmission des impressions, des douleurs, pourra toujours avoir lieu (anastomoses directes ou indirectes, fibres récurrentes, réseau nerveux cutané). On ne devra donc entreprendre la névrotomie que lorsque l'on sera certain de pouvoir couper toutes les branches reliant directement ou indirectement la région malade avec les centres.

L'opération qui remplirait le mieux ces indications est la section complète des troncs nerveux, à la racine d'un membre par exemple, s'il s'agit de cicatrices existant sur ces parties. Cette opération est grave, elle prive les malades pendant deux ou trois mois de leur membre, — temps nécessaire à la régénération du nerf. — Cependant, il est des circonstances où pour arriver à procurer un soulagement nécessaire, on sera autorisé à faire de pareilles sections. Dans tous les cas, les sections incomplètes sont tout à fait insuffisantes.

CARCINOME

Nous n'avons à nous occuper ici que du cancer cutané. « Une affection cutanée est de nature cancéreuse, dit Michon [2], quand l'inspection à l'œil permet d'y reconnaître

[1] *Recherches sur la sensibilité des téguments et des nerfs de la main*, in *Archives de physiologie normale et pathologique*, publiées par MM. Brown-Sequard, Charcot et Vulpian, 1869.

[2] *Du cancer cutané*, p. 4.

l'existence de l'un des tissus morbides décrits comme formant le cancer, et quand en même temps ces affections ont pour caractères dominants la tendance à s'étendre, à détruire, à s'ulcérer et à se reproduire après l'ablation. »

Le cancer de la peau peut se présenter sous la forme squirrheuse ou sous la forme encephaloïde, c'est presque toujours sous la première qu'on l'observe. Ce sont en général de petites nodosités arrondies, dures, dont le volume varie de celui d'un pois à celui d'une noisette. Il peut n'y avoir qu'une seule nodosité, ou bien il en existe plusieurs; dans ce dernier cas, elles sont disséminées ou confluentes. Ces nodosités, mobiles sous la peau, font en général une légère saillie à l'extérieur. Au début elles sont indolentes, ensuite elles deviennent le siége de douleurs d'abord passagères, plus tard aiguës, lancinantes; ces douleurs sont habituellement précédées d'un prurit assez incommode (Michon).

Après un temps plus ou moins long (souvent plusieurs années), la peau qui recouvre la petite tumeur devient adhérente, le sommet se ramollit et il se fait une légère ulcération qui se recouvre d'une croûte. Ce petit ulcère a une tendance invincible à s'agrandir incessamment et ne guérit jamais spontanément.

La surface de cet ulcère est sanieuse, sanguinolente; les bords en sont durs, renversés en dehors; la base sur laquelle il repose est épaissie, indurée. La marche de cette variété du sarcôme cutané est en général lente; il en est de même de l'engorgement ganglionnaire concomitant qui est souvent tardif quoique à peu près constant (Bazin). La forme squirrheuse du cancer de la peau s'observe surtout dans la vieillesse.

M, Cazenave a publié, dans les *Annales des maladies de la peau* (t. III, p. 45), une observation remarquable de *cancer cutané général*. Il existait une induration en masse du membre inférieur gauche, avec tumeurs de l'aine très-volumi-

neuses, offrant une dureté comme pierreuse. Sur les autres points, notamment aux parois abdominales, il y avait un nombre considérable de tumeurs dont le volume variait de celui d'un pois à celui d'un œuf de poule. Au niveau des points restés sains en apparence, on pouvait, en promenant légèrement le doigt sur la peau, sentir des points indurés. A l'autopsie, ces tumeurs présentèrent les caractères des tubercules squirrheux.

J'ai observé il y a quelques années un cas analogue qui montre aussi avec quelle étonnante multiplicité le cancer cutané peut se développer.

Il s'agissait d'un homme de cinquante ans, né d'une mère cancéreuse (cancer de la langue). Lorsqu'il vint me consulter, je constatai sur toute la surface de la peau une quantité prodigieuse de tumeurs cutanées manifestement cancéreuses. Ces tumeurs présentaient un développement très-inégal, comparables les unes à un pois, d'autres à une olive, d'autres à un œuf de poule; plusieurs groupées ensemble représentaient des masses bosselées plus volumineuses encore. A la partie inférieure du ventre, leur réunion formait comme une espèce de cuirasse dure et inégale. Leur nombre total ne s'élevait pas à moins de 150.

Le cancer encéphaloïde de la peau est beaucoup plus rare que le précédent. Il est caractérisé par de petites tumeurs dures, arrondies, d'un volume variable. Après une durée plus ou moins longue, ces tumeurs se ramollissent et il en résulte des ulcères dont la surface est inégale, anfractueuse, recouverte de granulations fongueuses, saignant facilement et sécrétant un liquide sanio-purulent, fétide. Le cancer encéphaloïde a une marche plus rapide que le squirrhe; il a aussi une plus grande tendance à se généraliser.

La plupart du temps, le squirrhe de la peau est une affection secondaire. Il est beaucoup plus fréquent chez les femmes que chez les hommes. Quand il est primitif, le cancer de

la peau se manifeste sous l'influence de causes qui nous sont aussi complétement inconnues que celles qui président au développement du cancer des autres régions. L'hérédité paraît toutefois jouer un rôle important dans sa genèse. Comme causes occasionnelles, on a noté les violences extérieures, les contusions, les érosions, les plaies, etc.

Traitement. — Tous les moyens thérapeutiques internes employés jusqu'ici pour combattre le cancer sont restés impuissants : aussi ne nous arrêterons-nous pas à énumérer tous ceux qui ont été proposés pour sa guérison. Leur seule indication nous entraînerait à passer en revue la pharmacopée presque tout entière, ce qui serait sans intérêt pour le lecteur.

La seule médication interne utile, est celle des symptômes : atténuer les douleurs, relever les forces du malade, lutter, en un mot, contre l'anémie, l'affaiblissement et la cachexie cancéreuse, tel est, d'une manière générale, le rôle du praticien, le seul dans lequel il puisse se montrer réellement utile.

En dehors de cette intervention, il ne reste que deux partis à prendre : détruire la lésion ou abandonner le malade à lui-même.

En présence d'un cancer cutané, la première question à se poser est donc de savoir s'il faut l'opérer? D'une manière générale on peut répondre par l'affirmative, à moins qu'il n'existe de signes des cachexie cancéreuse.

La forme encéphaloïde récidive plus facilement que le squirrhe. Toutefois il est bon de se rappeler que le cancer primitif de la peau a presque toujours une marche très-lente ; dans ces cas, et notamment chez les vieillards, il est préférable de s'abstenir de toute opération.

Bien des topiques ont été conseillés dans le but d'obtenir la résolution du cancer cutané, mais aucun n'a, croyons-nous, été suivi de succès. Il faut donc en arriver à la cautérisation ou à l'extirpation ; la ligature n'est possible que dans les cas où la tumeur cutanée est limitée.

Sous le nom de *cancroïde*, d'*épithélioma*, de *cancer épithélial*, etc., on a décrit « une lésion constituée par l'infiltration, dans la trame des tissus, d'éléments épithéliaux qui se rapprochent beaucoup de l'épithélium normal. Cette affection peut débuter sous forme de papilles, de squames ou d'une petite tumeur qui ne prend pas un accroissement considérable sans s'ulcérer. » (Heurtaux [1].)

Quelle que soit la forme sous laquelle se présente le cancroïde à sa période initiale, il peut rester stationnaire pendant plusieurs années ; le malade n'éprouvant aucune douleur, n'y attache même habituellement aucune importance. Toutefois cette squame légère, ce petit *bouton*, si ils sont irrités, grattés, deviennent le siége d'une hyperémie plus ou moins vive. Il se produit alors des gerçures, des crevasses, d'où s'écoule un liquide séro-sanguinolent, qui se convertit en croûte dure, épaisse, jaune brunâtre, parfois même noire par l'adjonction d'un peu de sang. Le malade y porte fréquemment les mains, et sous l'influence de grattages réitérés ou d'applications irritantes, la petite tumeur s'excorie et s'ulcère (ulcère dit *chancreux* par quelques auteurs ou mieux *cancroïdien*).

Cet ulcére envahit les tissus sous-jacents en même temps qu'il s'étend en surface. Les bords sont durs, choncroïdes, taillés à pic, un peu élevés ; quand la surface de l'ulcère est nettoyée, elle présente une apparence veloutée due à de très-petits bourgeons charnus papillomateux, n'ayant aucune tendance à la cicatrisation et saignant facilement sous l'influence d'irritations accidentelles. La base est très-dure, excavée au sommet, cratériforme, mobile sur les tissus sous-jacents, ne devenant adhérente que par les progrès du mal. Peu douloureux, au début, ces ulcères le deviennent davantage à mesure que la destruction fait des progrès. Au bout d'un certain temps, presque toujours tardivement, les ganglions corres-

[1] *Du cancroïde en général.*

pondants s'engorgent et deviennent très-durs, tout en restant mobiles du moins pendant la première période.

Enfin il faut noter que le cancroïde se généralise très-rarement.

Le tégument qui environne les bords de l'ulcère est hyperémié, aminci. Les douleurs ne sont pas très-vives au début, souvent ce n'est qu'un prurit au voisinage de l'ulcère; d'autres fois les douleurs sont aiguës, lancinantes.

Le cancer épithélial a une marche très-lente et ce n'est que lorsqu'il a été enflammé par des applications irritantes qu'on lui voit prendre un développement rapide; c'est pour cette raison qu'on le désignait autrefois sous le nom expressif de *noli me tangere*. Cette dénomination doit surtout s'appliquer à l'affection décrite par M. Cazenave sous le nom d'*acné partielle*. Elle est constituée par une inflammation de mauvaise nature, maligne, ayant envahi un follicule sébacé déjà malade. Il en sera question au chapitre de l'acné.

Étiologie. — Le cancroïde s'observe surtout à la face et dans cette région les parties les plus fréquemment atteintes sont les lèvres. Sur 190 cancroïdes de la face, M. Heurtaux a trouvé : lèvres 85, paupières 19, nez 22, joues 29. C'est presque toujours la lèvre inférieure qui est envahie, il en est de même pour la paupière inférieure, sans que l'on puisse expliquer ces singulières préférences.

La transformation du lupus en cancroïde est aujourd'hui un fait parfaitement admis, il en existe dans la science un certain nombre d'observations.

Traitement. — Le cancroïde survenant fréquemment chez des personnes âgées, et d'autre part la marche de la maladie étant souvent très-lente, sans influence bien appréciable sur la santé, il sera préférable, dans ces cas, de ne pas intervenir d'une façon active, c'est-à-dire de retarder toute opération chirurgicale. Mais la recommandation la plus essentielle, celle sur laquelle nous ne saurions trop insister, c'est d'éviter de

faire sur la plaie cancroïdale des applications irritantes, des cautérisations avec le nitrate d'argent ou d'autres cathérétiques. C'est là une pratique que l'on doit rejeter complétement ; elle n'a pas d'autre résultat que d'enflammer la plaie, d'augmenter son étendue et de transformer cette plaie qui aurait pu rester stationnaire pendant de longues années en un ulcère à marche envahissante et destructive.

Mais si l'affection montre de la tendance à s'accroître, il faut opérer sans hésiter, lors même que le malade aurait déjà atteint un âge avancé.

D'une manière générale il est toujours préférable de détruire un cancroïde dès le début, une fois que la nature maligne de la lésion est bien démontrée. Il faut alors opérer de bonne heure et détruire d'un seul coup tous les tissus malades.

« Ce sont, dit M. Heurtaux [1], les deux conditions les plus favorables pour obtenir une guérison définitive. Que l'on se serve du bistouri, des caustiques ou de l'écraseur, il faut d'abord explorer avec le plus grand soin les environs de la tumeur, pour reconnaître les parties qui commencent à s'altérer et alors même qu'on a déterminé ces limites apparentes, on doit porter la destruction bien au delà. »

Dans un Mémoire présenté à l'Académie de médecine, M. le Dr Bergeron [2] concluait que des cancroïdes dont les caractères cliniques comme les caractères histologiques avaient été bien constatés, ont été guéris par le chlorate de potasse dans un temps qui n'a jamais été moindre que deux mois, et qui a été souvent de quatre et cinq mois ; que les succès ont été obtenus principalement par les applications topiques de ce sel d'une manière continue et à doses assez hautes ; que si, chez les animaux, on a pu obtenir des guérisons par l'inges-

[1] *Loc. cit.*, p. 155.

[2] *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, t. XVI, p. 587 et suiv., art. *Chlorates*, par le Dr Isambert.

tion interne seule, il s'agit de cancroïde des lèvres, où le sel sécrété par la salive a été en contact avec les surfaces malades; qu'un seul cas de guérison, incomplète d'ailleurs, d'un cancroïde siégeant sur la peau, a pu être attribué à l'action du chlorate, donné seulement à l'intérieur, et que ce mode de médication réclamerait en tout cas un temps beaucoup plus long que les applications topiques.

Mais si l'on étudie avec soin tous les cas de cancroïde traités par le chlorate de potasse qui ont été publiés, on remarque que la guérison a été très-rarement obtenue d'une manière complète; presque toujours c'est une amélioration notable, importante, *presque la guérison* qui est notée. En second lieu, les malades n'ont pas été suivis assez longtemps, sauf dans un cas rapporté par M. Bergeron.

Tous les cancroïdes guéris étaient des cancroïdes de la joue, région où ils sont moins rebelles qu'aux lèvres.

Enfin il est bon de faire remarquer que chez les individus d'un âge très-avancé il y a des tumeurs épithéliales qui ont du cancroïde l'apparence, sans en avoir la gravité. Il suffit souvent de l'application de corps gras ou de glycérine pour les faire disparaître momentanément, et ils ne prennent aucun caractère malin tant qu'on ne les excite pas par le grattage ou par des topiques irritants. Et c'est précisément sur des sujets d'un âge très-avancé que les applications de chlorate de potasse paraissent avoir eu leurs résultats les plus satisfaisants.

Il semble donc résulter des faits publiés que l'on ne saurait attribuer au chlorate de potasse une action spéciale dans le traitement du cancroïde. « S'il désinfecte les plaies, ajoute M. Isambert, ce n'est nullement comme composé chloré, mais seulement comme modificateur de la plaie, ainsi que le feraient les styptiques ou les caustiques, c'est-à-dire en excitant les propriétés vitales des tissus et régularisant le travail de la cicatrisation. »

Même limité à ce rôle, le chlorate de potasse peut encore rendre de réels services, et, à moins de contre-indications, on devra l'employer de préférence aux autres topiques, jusqu'à ce que l'on soit arrivé à bien établir quels sont les cas dans lesquels on pourra espérer de son intervention des résultats complets.

Le chlorate de potasse se dissolvant à froid mieux dans la glycérine que dans l'eau, on pourra employer ce premier soluté si l'on désire avoir recours à une solution concentrée (glycérine, 100 grammes; chlorate de potasse, 10 grammes, ou bien alors se servir d'une solution chaude à 30 ou 40°, qui permet de dissoudre 15 p. 100 de ce sel). En général on doit avoir recours à des applications topiques faites avec des plumasseaux de charpie, maintenus constamment en contact avec les parties malades.

MÉLANOSE

Sous les noms de *mélanose cutanée*, de *cancer pigmentaire*, de *carcine mélanée* (Alibert), on désigne des tumeurs qui se présentent comme des nodosités dures dans le derme ou dans le tissu cellulaire sous-cutané, ou comme de petites plaques saillantes, qui deviennent de plus en plus proéminentes et ne tardent pas à montrer par transparence une couleur brune ou sépia. Dans le voisinage de la tumeur, primitivement unique, il s'en développe rapidement de semblables isolées ou groupées les unes près des autres, et ne formant qu'une seule masse à mesure que leur volume augmente (Cornil et Trasbot[1]).

[1] *De la mélanose*, p. 361.

Dans le remarquable mémoire de MM. Cornil et Trasbot, sur la mélanose, on trouve la relation d'un fait recueilli dans le service de M. Lailler, dans lequel l'examen microscopique ne révéla, dans les tumeurs mélaniques, la présence d'aucun élément cancéreux. C'est là un fait unique de mélanose simple généralisée. Dans ce cas, ainsi que dans tous ceux de cancer mélanique, la généralisation fut très-rapide et la maladie eut une issue fatale.

Ces petites tumeurs s'observent tout d'abord sur la peau des extrémités supérieures ou inférieures, à la face, aux grandes lèvres chez la femme. Au début, ce sont des granulations de la grosseur d'un grain de plomb, d'un pois ou d'une noisette; la réunion de plusieurs de ces nodules forme des tumeurs bosselées plus ou moins volumineuses. Ces nodosités ont une coloration bleu noirâtre, ardoisée ou noire; leur consistance est d'une dureté élastique, rénitente.

Ces tumeurs isolées ou confluentes s'ulcèrent assez rapidement (en général après une durée de quelques mois). Ces ulcères ont une forme irrégulière, leur surface est granuleuse, noirâtre, contenant parfois une bouillie analogue à la pulpe du cassis.

Les sarcômes mélaniques de la peau peuvent débuter sur un nævus congénital coloré en noir ou sur une simple verrue.

La mélanose a une grande tendance à se généraliser ; aussi après un temps relativement court, voit-on les ganglions lymphatiques des régions qui correspondent aux tumeurs mélaniques devenir le siége d'un engorgement plus ou moins considérable. C'est là la première période de l'infection ; la mélanose tend ensuite à se généraliser dans tous les tissus et organes. Cette généralisation a lieu parfois avec une effrayante rapidité. Le malade s'affaiblit alors rapidement, tombe dans le marasme, et la mort arrive en général dans un temps assez court avec tous les symptômes de la cachexie cancéreuse.

Traitement. — Le traitement de la mélanose est à peu près nul.

L'extirpation d'une tumeur mélanique, même à son début, ne paraît pas, du moins dans les observations publiées jusqu'à présent, avoir enrayé la marche ultérieure de la maladie, sa propagation aux ganglions lymphatiques et aux organes.

MALADIES DES GLANDES SÉBACÉES

ACNÉ

S'il y a une affection au sujet de laquelle les dermatologistes soient loin de s'entendre, c'est bien certainement l'acné. Et à vrai dire rien n'est plus difficile — sinon même impossible — comme de savoir quelles sont les lésions cutanées que l'on doit rationnellement grouper sous ce terme, tant les espèces, à ne les considérer qu'objectivement, paraissent profondément dissemblables ; tant les auteurs, d'autre part, en multipliant les dénominations, ont accrédité l'opinion que chacune d'elles répond à une entité morbide distincte.

Heureusement, il n'en est point ainsi ; et fort heureusement on a le moyen de prouver qu'il n'en est point ainsi. En effet, malgré leurs profondes différences apparentes, les diverses espèces, et jusqu'aux moindres variétés d'acné, ont toutes un trait commun ; trait d'autant plus important aux yeux du nosographe, qu'il appartient à la constitution anatomique même de la lésion.

Pour nous donc, basé sur cette donnée fondamentale, nous comprenons sous le nom d'*acné* les affections de la peau — et nous ne comprenons que celles-ci — qui s'accompagnent d'une altération quelconque des follicules sébacés.

Si par le mot acné, le vulgaire se représente avant tout des *boutons* isolés, suppurant imparfaitement et implantés sur une peau grasse, huileuse, — les médecins, eux, n'ignorent pas que le follicule, qui est l'organe malade, peut être malade de plus d'une manière. Tantôt il est hypersécrétant ; tantôt la sécrétion est altérée ou simplement retenue ; tantôt il est enflammé à des degrés variables, ou induré, ou atrophié, compliqué à son pourtour d'anémie du tégument ou de stase

sanguine dans les vaisseaux ambiants... De là autant d'espèces que nous allons faire tour à tour connaître, en exposant les principaux caractères par lesquels elles ont mérité la faveur — si peu marchandée en dermatologie — d'obtenir un nom spécial.

Il n'est pas rare de rencontrer des personnes dont certaines régions de la peau, notamment le visage, le cuir chevelu, sont recouvertes d'un enduit huileux, brillant. Le tégument, au toucher, est doux et comme imprégné d'une matière grasse. Si, pour l'essuyer, on y applique du papier buvard ou un linge fin, il s'y forme une tache caractéristique, et la sécrétion se reproduit au bout de très-peu de temps. La seule lésion qui chez eux apparaisse en dehors de cette hypersécrétion sébacée est une congestion légère de la peau. On aperçoit aussi les orifices des follicules sous l'aspect de petits points brillants.

Les sujets ainsi constitués ont habituellement ou du moins paraissent avoir la figure *sale*, malgré des soins de propreté minutieux, et cela en raison de la facilité avec laquelle la poussière ou les molécules flottant dans l'air s'attachent alors à la peau; — c'est l'*acné sébacée fluente*.

Au cuir chevelu cette sécrétion huileuse se convertit souvent en une espèce de crasse gris brunâtre qui se détache ensuite sous forme de petites pellicules semblables à du son et entraîne fréquemment alors la chute des cheveux; — c'est le *pityriasis furfuracea*.

D'autres fois, au lieu d'une couche huileuse, il se forme des croûtes plus ou moins épaisses, d'une consistance analogue à celle du cérumen ou de la cire. Ces masses de sebum présentent diverses colorations; parfois elles sont d'un jaune pâle (*seborrhea flavescens*, de Wilson); d'autres fois, elles sont grisâtres, ou même noires (*S. nigricans*); la couleur foncée tient alors à la présence de corpuscules de pigment dans la matière sébacée.

Enfin les croûtes peuvent devenir dures et rugueuses; elles apparaissent comme de petits clous dont la partie inférieure plonge dans le follicule sébacé, — c'est l'*acné sébacée cornée*, de M. Cazenave. Nous renvoyons l'étude des cornes cutanées à l'article *Verrues*.

Au dessous de ces plaques, la peau est parfois un peu rouge, congestionnée, et paraît comme criblée de petits points qui ne sont autre chose que les orifices béants des follicules sébacés.

Ces plaques sont souvent très-adhérentes; aussi a-t-on beaucoup de peine à les détacher, et il est facile de voir, en procédant avec précaution, qu'elles envoient des prolongements dans les follicules sébacés ; — c'est l'*acné sébacée concrète*.

M. Devergie a décrit une forme *successive* dans laquelle les récidives se produisent avec une tenacité désespérante, malgré les médications les mieux appropriées.

De même que dans la variété précédente, l'affection se reproduit ici avec une grande rapidité; aussi, après l'enlèvement des croûtes, voit-on la peau se recouvrir de nouveau d'un enduit analogue au premier.

Cette lésion s'observe de préférence chez les sujets lymphatiques et en général à l'époque de la puberté ; c'est là tout ce que nous savons de ses causes. De plus, elle est très-rebelle, persiste en général durant de longues années, et, si parfois elle cesse pendant un temps, on la voit aussi survenir de nouveau et d'une manière inopinée, pour ne se terminer que peu à peu parallèlement avec le progrès de l'âge. L'acné sébacée fluente peut quelquefois survenir à la suite d'un traumatisme. M. Ernest Besnier m'en a dernièrement montré un exemple remarquable dans son service à l'hôpital Saint-Louis. Il s'agit d'un homme de cinquante ans qui, à la suite d'un vigoureux coup de poing appliqué sur le nez, eut une inflammation très-vive de cet organe : tuméfaction, rhinite

ayant amené consécutivement l'issue de petits fragments osseux. La peau du nez était rouge, hyperémiée, sensible au toucher, les follicules sébacés, dilatés, et sur la surface cutanée on trouvait une hypersécrétion abondante de sebum — une véritable acné sébacée fluente.

Mais si les symptômes morbides locaux présentaient des caractères analogues à ceux de l'acné sébacée fluente ordinaire, la différence était grande pour le pronostic et le traitement. Quelques topiques émollients triomphèrent rapidement d'un état dont les causes sont, dans les conditions habituelles, aussi difficiles à trouver que la guérison à obtenir.

On a encore noté l'acné sébacée fluente à la suite de la variole.

L'acné sébacée fluente, de même que l'acné sébacée concrète, se rencontrent rarement seules, presque toujours elles coexistent avec d'autres variétés d'acné. Elles sont ordinairement limitées à des régions circonscrites, particulièrement au front, au nez, aux joues, au cuir chevelu, etc. Exceptionnellement l'acné sébacée fluente envahit le corps tout entier.

M. le Dr Lailler a observé, chez une jeune fille de quatorze ans, un cas dans lequel coïncidait avec une acné sébacée fluente grave un état particulier des muqueuses nasale et labiale ; cette dernière était lisse, comme vernissée, se déchirant au moindre mouvement des lèvres, à tel point que la malade en était réduite à introduire sur la lame d'un couteau le peu d'aliments qu'elle prenait. Cet état était assez grave pour avoir déterminé un véritable arrêt de développement chez l'enfant. La guérison est survenue avec les progrès de l'âge et grâce à plusieurs saisons aux eaux de Luchon.

Quand l'acné sébacée fluente a son siége au cuir chevelu, la sécrétion est quelquefois si abondante qu'elle peut simuler un eczéma à la période sécrétante, mais le diagnostic est facile à établir : dans le premier cas, il n'y a ni rougeur du cuir

chevelu, ni agglutination des cheveux, ni croûtes, comme on l'observe dans l'eczéma de cette région.

Quel est le dermatologiste qui n'a pas rencontré de malheureuses jeunes femmes qui, atteintes de cette affection, se confinent dans leur appartement, loin de toutes visites, et dont la santé s'étiole, non à cause d'un vice de sécrétion aussi insignifiant, mais par suite du manque d'exercice et de la tristesse que leur occasionne cette pénible et tenace affection ?

Cet été encore, j'ai vu une jeune fille de dix-huit ans dont le dos du nez était recouvert d'une plaque gris noirâtre de plusieurs millimètres d'épaisseur; tout le reste de la face était parfaitement sain, il en résultait un aspect étrange. Désespérée de cet état, qui attirait tous les regards malgré les voiles épais derrière lesquels elle cherchait à dissimuler son infirmité, cette malheureuse enfant en était arrivée à fuir le monde, à ne plus sortir. Aussi, depuis plusieurs mois, sa santé s'était-elle profondément altérée. Ce n'est qu'à grand'-peine que son père me l'amena, — elle n'avait jamais voulu consulter aucun médecin — ; quelques onctions huileuses me permirent d'enlever rapidement les croûtes ; mais si sa joie fut vive, elle fut de courte durée, car, ainsi qu'il arrive toujours, le produit de sécrétion se reforma en très-peu de temps.

Traitement. — Si cette forme d'acné est liée à un trouble de l'organisme, à un tempérament lymphatique, à de l'anémie, etc., il importe de s'adresser tout d'abord aux remèdes susceptibles de modifier l'état général : les amers, les toniques de toute nature, l'huile de foie de morue, les préparations arsenicales — notamment la mixture ferro-arsenicale de Wilson, ou la teinture arsenicale de malate de fer-d'Hebra :

Eau de menthe.	125	grammes.
Liqueur de potasse arsenicale. . .	4	»
Teinture de malate de fer.	30	»

Diviser en 10 doses ; une chaque jour avant le dîner.

Cazenave recommande aussi l'usage du chlorure de calcium d'après la formule suivante :

Eau distillée.	500 grammes.
Chlorure de calcium cristallisé. . .	13 »

Une cuillerée à soupe deux ou trois fois par jour dans une tasse de tisane amère.

Les applications locales que l'on a conseillées sont très-nombreuses, elles consistent surtout dans l'usage des astringents. Dans tous les cas la première condition à remplir, c'est de débarrasser la peau de la sécrétion sébacée qui la recouvre afin de pouvoir modifier la vitalité des tissus malades. Dans l'acné sébacée fluente les solutions astringentes doivent être préférées. M. Cazenave emploie le sulfate de fer en lotions, d'après la formule suivante :

Eau distillée	200 grammes.
Sulfate de fer.	10 à 15 grammes.

en élevant graduellement la dose jusqu'à 50 grammes. On peut encore avoir recours au glycérolé de tannin : 2 à 3 grammes pour 30 grammes de glycérolé d'amidon.

Dans l'acné sébacée concrète, on trouve quelquefois des masses de sebum dont l'enlèvement détermine des douleurs vives et dont l'adhérence est très-prononcée. Il faut alors ramollir les croûtes soit avec de l'huile, soit avec une substance grasse quelconque ou encore avec de petits cataplasmes de fécule de pommes de terre tiède ou de carottes jaunes râpées.

On peut aussi, comme le conseille M. Cazenave, faire des lotions alcalines ou ammoniacales ;

Eau distillée.	250 grammes.
Carbonate de soude.	2 »
Essence de Portugal.	10 gouttes.

M.

ou avec :

Eau de son.	200 grammes.
Ammoniaque..	10 à 20 gouttes.

On peut encore se servir d'une décoction de bois de Panama (quillaya saponaria) ou bien de l'eau détersive à la saponine de Le Beuf qui en renferme les principes actifs. M. Lailler emploie souvent, dans les mêmes cas, ce dernier produit en pulvérisations.

Après avoir nettoyé les parties malades avec un peu d'eau et de savon pour bien enlever les matières grasses, on aura recours pour modifier l'état des tissus, pour resserrer les orifices des follicules, à des lotions astringentes d'alun, de tannin, de sulfate de zinc, etc., dans la proportion de 2 à 4 grammes pour 500 grammes d'eau distillée.

Hebra emploie de préférence des lotions avec une solution faible d'acide phénique :

Eau de lavande..	ãã 15 grammes.
Glycérine anglaise.	
Alcool.	
Acide phénique.	0,50 centigrammes.

ou des badigeonnages avec un mélange à parties égales d'alcool et d'huile de cade.

Ces applications doivent être renouvelées toutes les vingt-quatre heures.

On peut aussi utiliser des pommades à l'oxyde de zinc, au carbonate de plomb, au bismuth, au soufre, au glycérolé de tannin, etc.

Si ces moyens étaient insuffisants, on aurait recours à des substances plus actives, capables de déterminer une modification dans la vitalité des tissus, notamment aux préparations mercurielles telles que le proto-iodure, le bi-iodure, l'iodure de chlorure mercureux incorporés à l'axonge, dans la pro-

portion de 10 à 15 centigrammes pour 30 grammes d'excipient. C'est au praticien de varier les préparations, ainsi que de graduer les doses du sel mercuriel suivant les résultats obtenus.

Dans l'acné sébacée concrète, M. Hardy dit s'être très-bien trouvé de la pommade au peroxyde de fer.

Les douches de vapeur, les eaux sulfureuses, peuvent aussi rendre de réels services.

Quand l'acné sébacée concrète existe au cuir chevelu, il n'est pas rare, comme nous l'avons déjà dit, de voir tomber les cheveux en même temps que les croûtes; aussi importe-t-il de procéder avec ménagement, si l'on veut éviter cet accident, lequel est d'autant plus facile que la nutrition des cheveux est altérée par la même cause qui donne lieu à l'acné.

Les mêmes moyens thérapeutiques que nous venons d'indiquer seront encore ici ceux auxquels on devra donner la préférence : lotions alcalines (10 à 15 grammes de borate de soude pour 300 grammes d'eau distillée — Hardy; ou borax 0,10 à 0,30 centigrammes pour la même quantité d'eau — Bazin); bains alcalins en recommandant au malade de se laver avec l'eau du bain, etc.

Acné sébacée partielle. — Sous ce nom M. Cazenave a décrit une lésion caractérisée par une petite plaque grisâtre, bien circonscrite, assez semblable à une verrue aplatie, ne donnant lieu à aucuns phénomènes congestifs locaux, sans douleur, ni prurit.

« Elle débute, dit M. Cazenave, par la formation presque insensible d'un petit point saillant, qui attire à peine l'attention du malade. C'est une croûte légère, superficielle, quelquefois molle, comme grasse; plus tard elle devient sèche, plus dure, plus adhérente. Elle persiste et prend une teinte de plus en plus foncée, d'un gris sale.... Si on la fait tomber, on voit une surface à peine rouge, humide, comme huileuse.... Au bout d'un certain temps la croûte se reforme en suivant la

même marche.... Dans quelques cas, elle augmente insensiblement, elle devient permanente, comme une petite corne, sauf la composition.

L'acné sébacée partielle a son siége de prédilection au visage — sur le nez, les pommettes — ; on la rencontre aussi sur la poitrine, le cou et le dos. Elle affecte de préférence les vieillards.

D'après deux ou trois faits que nous avons eu l'occasion d'observer, nous serions disposé à considérer la lésion désignée par notre savant confrère comme une véritable verrue sébacée. Ce que dit ensuite M. Cazenave de l'influence fâcheuse qu'exercent sur elles les applications irritantes en serait une nouvelle preuve.

Au début, M. Cazenave recommande de se borner à des lotions alcalines ou ammoniacales renouvelées matin et soir, afin de s'opposer à la formation des croûtes ; plus tard on les remplacera par des solutions astringentes.

On peut aussi recourir à la cautérisation. Toutefois il importe alors de ne pas se borner à des cautérisations superficielles et incomplètes qui ont l'inconvénient, surtout si on les renouvelle fréquemment, d'exciter la surface malade, et, en l'irritant, de la transformer en une plaie de mauvaise nature. Il survient alors une inflammation ulcérative, une tumeur analogue au cancroïde, qui peut ainsi présenter une gravité réelle; c'est à ces plaies de mauvaise nature qu'il convient de réserver le nom de *noli me tangere*. Elles reposent en général sur une peau acnéique. Traitées par les émollients, cataplasmes d'amidon, pulvérisation d'eau tiède, etc., ou de légers astringents tels que la poudre de tannin, elles peuvent guérir après un temps très-long, il est vrai, tandis que l'application de substances irritantes les aggrave presque toujours. Les cautérisations sont souvent dangereuses en raison de la disposition morbide de toute la région; dans ce cas la maladie se reproduit au voisinage. Aussi, si l'on se décide à

cautériser, il faut agir énergiquement et chercher à détruire le mal d'une manière aussi complète que possible à l'aide de la pâte de Vienne ou de chlorure de zinc. Dans tous les cas ces cautérisations ne peuvent avoir d'utilité que si les tissus adjacents sont parfaitement indemnes.

M. Cazenave a employé quelquefois avec avantage la solution suivante :

Ether sulfurique.	30 grammes.
Bi-iodure de mercure.	0,75 centigrammes.
Iodure de potassium..	0,50 »

Le chlorate de potasse dissous dans l'eau (1 sur 30) donne également de bons résultats.

En opposition avec ces cas dans lesquels on trouve la peau recouverte d'une couche huileuse ou de matière sébacée concrète, il en est d'autres où la peau devient sèche, friable, dans ses couches superficielles; aussi se gerce-t-elle et se fendille-t-elle facilement. Loin qu'il y ait hypersécrétion de sebum, il existe au contraire une diminution très-marquée dans sa production. Il se fait souvent aussi une exfoliation épidermique analogue à la desquamation pityriasique.

Ceci s'observe habituellement à un âge avancé. Des bains, des onctions huileuses peuvent seuls apporter quelque soulagement à cet état parfois très-pénible. Tous les corps gras remplissent les mêmes indications; seulement, pour éviter qu'ils ne rancissent, il faut avoir soin de faire chaque jour une lotion avec de l'eau tiède avant de réitérer la friction.

L'hypersécrétion sébacée coexiste le plus souvent avec les autres formes d'acné, notamment avec l'*acné punctata*, les *comédons ou tannes*.

De petits points noirs, isolés ou confluents, s'observant de préférence sur la face et à la poitrine et donnant aux parties

malades le même aspect que si elles avaient été criblées de grains de poudre, constituent ce qu'on appelle *acné ponctuée*. La lésion qui offre cette apparence a également son siége dans le follicule sébacé ; seulement le sebum, au lieu de se répandre sur la surface cutanée, s'est accumulé dans le follicule et son conduit excréteur.

Si l'on presse sur les côtés de ces points noirs, on fait sortir un petit corps vermiforme d'une coloration blanche ou jaunâtre dont l'extrémité, exposée au contact de l'air, présente seule une teinte foncée, due aux particules de poussière flottantes dans l'air et retenues par la substance grasse qui fait saillie à l'orifice du follicule. Rappelons aussi que l'on trouve souvent alors dans le canal excréteur des glandes sébacées un petit parasite — *acarus folliculorum*, G. Simon ou *demodex follicularis*, Owen.

Cet état, si léger qu'il mérite à peine le nom de maladie, n'en constitue pas moins une difformité très-désagréable, surtout pour les femmes, quand les points noirs sont nombreux et siégent à la face.

Traitement. — Le moyen le plus efficace pour en triompher est d'expulser la matière sébacée en pressant sur le follicule. Mais ce traitement devient difficile à exécuter quand les comédons sont confluents et en grand nombre ; on peut alors le remplacer par des lotions stimulantes. La rétention du sebum tenant sans doute à un manque de contractilité des parois folliculaires, il importe d'exciter cette action vitale. Des lotions alcooliques ou alunées, des pommades aux sels de mercure, aux sels de fer, sont parfaitement appropriées à cette indication, car elles agissent en déterminant dans les glandes sébacées une inflammation momentanée.

On a encore décrit sous les noms d'*acné miliaris*, de *kystes sébacés*, de *granulations perlées* (Royer), de *grutum* ou *milium*, de petites tumeurs blanches opalines, arrondies, de la

grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un pois, formées par l'accumulation de sebum dans un follicule sébacé oblitéré. On les observe surtout aux paupières, au cuir chevelu, sur le dos de la verge, au scrotum, à la face interne des grandes lèvres. Comme elles sont situées immédiatement au-dessous de l'épiderme, une légère ponction suivie d'*expression*, suffit pour donner issue à la matière sébacée et par suite réaliser la guérison immédiate, qui, localement du moins, est alors radicale.

La rétention de la matière sébacée dans les follicules se présente encore avec d'autres caractères. Le sebum ne pouvant s'échapper au dehors s'accumule dans l'intérieur de la glande et donne ainsi naissance à de petites tumeurs qui ont été décrites par les auteurs sous différents noms : *molluscum contagiosum*, Bateman; *tumeurs folliculeuses*, R. Willis; *élevures folliculeuses*, Rayer; *acné tuberculeuse ombiliquée*, Piogey; *acné molluscoïde*, Caillaut; *acné sébacée à forme tuberculeuse*, Devergie; *acné frontalis*, Hebra, etc.

M. Bazin a le premier donné une excellente description de ces tumeurs folliculeuses sous le nom heureusement créé par lui d'*acné varioliforme*. Ce sont de petites tumeurs dont la grosseur varie de celle d'un grain de millet jusqu'à celle d'un pois, dont la coloration est parfois celle de la peau, mais le plus ordinairement offre une transparence opaline. Au centre ou sur le côté on aperçoit souvent à l'œil nu, mais toujours à la loupe, un point ombilical distinct, une petite dépression où se trouve l'orifice du follicule. Ce point noir ou d'un blanc sale est constitué par de la matière sébacée qui s'échappe, si l'on presse la tumeur, sous la forme d'un liquide laiteux, sébacé, ou d'un petit filament blanchâtre. Ces tumeurs, sessiles ou pédiculées, s'observent surtout à la face, notamment au front; on en rencontre aussi au cou, sur les seins, aux parties génitales, etc...

M. Bazin range l'acné varioliforme dans les scrofulides cu-

tanées bénignes, scrofulides boutonneuses. Toutefois, selon M. Hardy, cette affection se rencontre souvent sur des personnes à tempérament nerveux ou sanguin et n'ayant jamais présenté aucun signe de scrofule. D'après Hebra, il ne s'agirait là que d'une simple anomalie de sécrétion des glandes sébacées.

Les causes de cette maladie sont très-obscures ; elle est, en général, plus fréquente chez les enfants et chez les femmes. Est-elle contagieuse comme l'a, le premier, admis Bateman, ainsi que le témoigne le nom qu'il lui a donné? Nous ne saurions l'affirmer, nos observations personnelles n'étant ni assez nombreuses, ni assez concluantes pour nous permettre de rien affirmer à cet égard ; car si M. Bazin nie formellement la contagion, si Hebra la repousse également, d'autre part, Carswell, Hutchinson, Hilton Fagge, Caillaut, Hardy, etc..., sont disposés à l'admettre, et M. Caillaut a rapporté un certain nombre de faits en faveur de cette opinion. De nouvelles recherches sont donc encore nécessaires.

Traitement. — La première indication à remplir, si l'on admet la contagiosité de l'acné varioliforme, serait d'isoler les malades qui en sont atteints. En dehors de cette précaution, le traitement le plus radical consiste à inciser chaque petite tumeur avec la pointe d'une lancette, puis à énucléer par la pression le follicule en entier, ou à en toucher le fond avec la pointe d'un crayon de nitrate d'argent. Si les tumeurs sont petites et nombreuses, on peut se borner à les toucher avec l'extrémité d'une allumette taillée en pointe et imbibée de nitrate acide de mercure ou d'une solution concentrée de chlorure de zinc, ou enfin de les exciser.

Comme médication usuelle, M. Bazin conseille l'emploi des lotions alcalines, M. Cazenave les lotions ammoniacales, et M. Hardy des badigeonnages avec la teinture d'iode.

Du reste, toutes les lotions ou pommades excitantes sont encore ici indiquées ; toutes, en effet, ont pour but, suivant la proportion de substance active qu'elles contiennent, soit de

favoriser la contractilité du follicule, et par là de réaliser l'expulsion de la matière sébacée, soit de provoquer l'inflammation et la suppuration de la petite tumeur, et par suite son oblitération et sa guérison.

M. Chausit a décrit sous le nom d'*acné atrophique* une altération de la glande sébacée qui se traduit d'abord par l'induration de la matière sébacée hypersécrétée; plus tard, le follicule ainsi altéré s'atrophie, et il est remplacé par une cicatrice indélébile, gaufrée, qui ne paraît pas succéder à une inflammation ulcérative, mais bien être le résultat d'une atrophie, d'une résorption des éléments de la peau. L'acné atrophique débute toujours par une plaque érythémateuse circonscrite se recouvrant de croûtes minces, mais très-adhérentes. On l'observe toujours au visage, notamment sur les joues.

Traitement. — Au début, M. Cazenave a obtenu plusieurs fois la guérison à l'aide de la médication suivante : matin et soir lotionner les plaques malades avec une solution ammoniacale :

Infusion de petite sauge.	250 grammes.
Ammoniaque liquide.	2 »

S'il existe de l'induration, on peut remplacer la lotion du soir par une application de pommade au goudron, au quart.

A l'intérieur le même auteur prescrit également un sirop ammoniacal :

Sirop de salsepareille..	500 grammes.
Sous-carbonate d'ammoniaque. . .	2 à 4 »

Dose : deux cuillerées à soupe par jour.

Dans tous les cas que nous venons de passer en revue, la peau n'a pas subi de changement bien apparent dans sa coloration; si elle est grasse, semée de points noirs, inégale, etc..., nous ne l'avons pas encore vue avec ces *boutons* rouges, indurés, disséminés, dont l'aspect et le siége habituel à la face

et sur les épaules sont si caractéristiques. Cet état constitue l'*acné simple*. Pour se rendre compte de sa fréquence, il nous a souvent suffi d'un coup d'œil dans un établissement de bains froids, sur les bords de la Seine ou du Rhône ; et cet examen nous révélait en même temps, par les traits les plus saisissants, les diverses formes que peut revêtir l'inflammation des follicules.

Tantôt elle se traduit par de petites pustules, du volume d'une tête d'épingle, situées au sommet d'une légère élevure cutanée, entourées d'une auréole rouge, disséminées sur le visage, le dos et la poitrine. L'éruption se fait souvent par poussées successives qui ne sont précédées d'aucuns phénomènes appréciables de réaction soit locale, soit générale. Leur évolution est assez rapide, et le plus souvent il ne reste, après la disparition de la pustule, qu'une tache rouge qui persiste assez longtemps. D'autres fois il se forme une mince croûte dont la chute est suivie d'une petite cicatrice étoilée, *acné vulgaris* ou *simplex*. On l'observe chez les jeunes gens des deux sexes, principalement à l'époque de la puberté ; aussi quelques auteurs désignent-ils cette variété d'acné sous le nom d'*acné juvenilis*, autrement dit *boutons de jeunesse*.

Dans l'*acné simplex*, nous comprenons encore cette éruption acnéique qui se produit parfois durant l'emploi de divers remèdes — *acné artificialis*.

Ainsi sous l'influence de l'iode, des iodiques et du bromure de potassium pris à l'intérieur, on voit chez certaines personnes survenir de petites papules et pustules sur le front, la poitrine, le dos, etc. (*acné iodique*), éruption qui, du reste, disparaît promptement dès qu'on cesse le remède. Ces *boutons* ont une coloration rouge vif très-tranchée, ils ne donnent lieu à aucune démangeaison et ne sont suivis d'aucune cicatrice, contrairement à ce que l'on observe dans les autres formes de l'acné.

Les applications locales de goudron donnent également lieu

à une éruption analogue, — *acné cadique;* voir ci-dessus, p. 724.

Si l'inflammation est plus intense, si elle a envahi le follicule tout entier, il se formera des pustules plus volumineuses, reposant sur une base rouge, indurée. Le tissu cellulaire participant alors à l'inflammation, il s'établira parfois de véritables petites tumeurs, — *acne indurata.*

L'acné indurata n'est donc pas autre chose qu'un degré plus prononcé de l'acné simplex. L'acné simple et l'acné indurée viennent d'ailleurs presque toujours compliquer les formes ponctuées et sébacées de la même affection; il est rare de rencontrer les secondes isolément. Ainsi, au visage, on voit souvent sur une peau grasse, huileuse, parsemée de points noirs, de pustules ou de croûtes, s'élever une foule de nodosités plus ou moins volumineuses et d'un rouge livide; il en résulte un aspect difforme qui constitue une cause réelle de laideur.

Quelles sont les causes de l'acné? Tient-elle à une disposition diathésique particulière? Nous ne saurions admettre cette hypothèse. Qu'elle soit plus fréquente chez les sujets lymphatiques, le fait n'est pas douteux : mais y a-t-il là un rapport réel de cause à effet? Nous ne le pensons pas; car bien des fois aussi nous avons rencontré des éruptions acnéiques chez des individus sanguins ou nerveux.

Mais nous croyons que certaines modifications physiologiques ou pathologiques de l'organisme peuvent favoriser son développement;, toutefois à la condition de s'exercer sur un tégument en quelque sorte prédisposé, sur un terrain favorable. En effet, les individus acnéiques ont en général la peau blanche, fine, délicate, *humide*; d'autres, une circulation capillaire active; d'autres enfin laissent voir l'appareil glandulaire cutané plus développé, en ce sens que les orifices des canaux excréteurs sont plus ouverts, plus apparents, etc....
Que des congestions habituelles se fassent alors du côté de la tête, soit par suite de digestions difficiles, laborieuses, de

constipation habituelle, d'aménorrhée, de suppression du flux menstruel, de refroidissement des extrémités inférieures, etc., ne sera-t-il pas rationnel de leur attribuer une certaine influence sur la production des pustules acnéiques ?...

C'est dans ce sens, croyons-nous encore, qu'il faut entendre les causes si diverses auxquelles on a rattaché l'apparition de l'acné. Si l'énumération pure et simple en est banale, il est cependant permis d'admettre que dans de certaines conditions elles ont pu, non pas provoquer directement l'éruption acnéique, mais du moins favoriser son apparition ou, à un moment donné, l'aggraver.

Sans cette interprétation on sera toujours fondé à dire que dans la genèse de l'acné les écarts de régime, les excès de boisson, la nature des aliments, les émotions morales, l'abus du tabac, la continence, etc., ne sont que de simples hypothèses.

Toutefois, nous renvoyons l'étude de ces différentes causes à l'acné rosacée dans laquelle elles semblent jouer un rôle plus effectif.

Nous nous bornerons à signaler le rapport indiqué par la plupart des dermatologistes entre l'apparition des pustules de l'acné simplex et les changements physiologiques qui s'opèrent à l'époque de la puberté. En effet, c'est vers l'âge de quatorze à quinze ans que l'on voit habituellement, chez les sujets à téguments prédisposés, ces boutons qui sont souvent une cause d'incurable chagrin pour beaucoup de jeunes filles.

Comme presque toujours cette éruption coïncide avec une excellente santé, les gens du monde et même des médecins sont disposés à la considérer comme l'expression d'une exubérance de force, de vigueur. « Cela passera plus tard, » — est-on toujours tenté de répondre et répond-on même le plus ordinairement. Assertion qui est loin, je l'ai remarqué, de satisfaire nos jeunes malades, quoique *ce plus tard* ait pour sous-

entendu l'adage que Plenck formulait déjà de son temps : *Matrimonium varos curat !*

Rappelons aussi, à ce point de vue, d'après Hebra, que le Dr Rigler, qui a habité Constantinople pendant douze ans, a constaté la rareté de l'acné chez les eunuques.

Certaines professions prédisposent aux éruptions acnéiques, notamment celles de graveur, d'horloger, etc.; toutes celles, en un mot, qui exigent une grande tension d'esprit ou une grande attention.

Traitement. — L'acné, au degré où nous l'étudions, n'est certainement pas une affection grave; aussi, bien des praticiens sont-ils disposés à laisser à la nature, autrement dit au temps, la guérison d'une si minime infirmité dont le seul inconvénient est de porter atteinte à la coquetterie féminine.

Mais la plupart des jeunes filles n'en jugent pas ainsi, et la trace de leurs ongles est là pour témoigner que ces boutons, quelque indolents qu'ils se montrent, ne leur sont point indifférents. Il est vrai que le grattage ne fait qu'augmenter l'inflammation acnéique, sans que, toutefois, il soit possible de l'incriminer en tant que cause au point de vue de la propagation et de l'intensité de l'affection.

Si l'irritation folliculeuse paraît être sous la dépendance d'un état général — lymphatisme ou scrofule ; d'une maladie grave, cachectique — scorbut ; de troubles des voies digestives ou des fonctions menstruelles, ou d'une circulation défectueuse, etc., etc., il sera facile d'instituer une médication en rapport avec ces divers états, médication qui sera presque toujours suivie de succès. Mais ce sont là les cas les plus rares, et ces petites poussées boutonneuses paraissent le plus souvent indépendantes de toute affection générale, d'une altération quelconque dans le jeu des organes. L'impuissance des remèdes internes ne vient, du reste, que trop souvent justifier cette appréciation étiologique. Reste alors le traitement local.

Quand les pustules sont peu nombreuses, disséminées sur le visage, la poitrine ou les épaules — s'il existe de l'inflammation provoquée ou non par les grattages réitérés des malades — des lotions avec l'eau de son, une émulsion d'amandes amères, du lait tiède, des bains émollients ou légèrement alcalins devront toujours précéder l'emploi des résolutifs. Le plus souvent alors des lotions stimulantes, soit avec des infusions aromatiques de mélilot, de sauge, de lavande, de romarin, etc., soit avec de l'eau tiède alcoolisée de teinture de benjoin, de lavande, d'alcoolé tannique, etc., etc., seront les meilleurs moyens à opposer aux manifestations bénignes de l'acné simplex. En préviendront-elles le retour qui constitue la seule *gravité* de la lésion? Là est la vraie question à laquelle, surtout si elle est posée par les parents en vue d'un mariage, il n'est pas toujours permis, il n'est pas souvent prudent de répondre par l'affirmative.

On restera d'autant plus dans le doute si l'inflammation folliculeuse gagnant en profondeur se présente sous la forme indurée et si elle est plus généralisée.

On pourra alors essayer de nouveau la médication que nous venons d'indiquer. Si elle reste insuffisante, nous ne saurions trop recommander le traitement que nous avons vu mettre en pratique avec succès par notre savant maître, M. le Dr Rodet, durant notre internat à l'hospice de l'Antiquaille.

Tous les soirs, faire sur les boutons acnéiques une friction avec la pommade suivante :

Axonge.	20 grammes.
Soufre.	ãã 0,50 à 1 gramme.
Tannin.	

Le matin, lotionner les parties malades avec de l'eau de son tiède additionnée d'eau d'arquebuse (vieux remède encore très-populaire à Lyon), en commençant par une cuillerée à café pour un verre d'eau et en augmentant graduellement la dose jusqu'au tiers et même à la moitié.

Une solution de bichlorure de mercure peut également être employée avec succès :

Eau distillée.	300 grammes.
Bi-chlorure hydrargyrique	2 »
Teinture de lavande.	s. q.

Une à deux cuillerées à café dans un verre d'eau tiède pour lotion matin et soir.

Si l'affection est tenace, s'il existe des nodosités volumineuses fortement indurées, on pourra hâter leur disparition à l'aide des pommades irritantes aux sels de mercure.

MM. Hardy et Rochard ont, les premiers, préconisé cette méthode de traitement dont j'ai été à même, dans bien des cas, de constater les heureux résultats. Que ce soit le proto-iodure, le bi-iodure ou l'iodure de chlorure mercureux, les effets m'ont toujours paru à peu de chose près identiques. Ils donnent tous lieu à une action substitutive qui est en raison de la dose du remède et de la susceptibilité cutanée. A faible dose, ils produisent une simple rougeur, une inflammation légère; à dose élevée, il s'opère *une véritable pustulation* sur les parties où la pommade a été appliquée. Cette irritation artificielle entraîne, en général, la résolution graduelle des nodosités acnéiques; mais une seule application ne saurait suffire et l'on est obligé d'y revenir plusieurs fois et longtemps avant d'obtenir la guérison. Bien des fois déjà j'ai vu des acnés indurées qui avaient résisté à des applications aussi nombreuses que variées disparaître sous l'influence substitutive de cette médication dirigée avec persévérance.

L'iodure de soufre — à la dose de 2 grammes pour 30 grammes d'axonge — préconisé par Biett, Cazenave, Veiel, etc., a une action analogue à celle des préparations mercurielles. Comme ces dernières, il détermine une inflammation artificielle salutaire.

Neumann a obtenu de bons résultats en appliquant pen-

dant la nuit sur les indurations acnéiques de l'emplâtre mercuriel ordinaire ; le matin, on nettoie les parties malades avec l'eau de savon.

M. Lailler emploie de préférence, dans presque tous les cas d'acné, le traitement qui a été préconisé par M. le professeur Hebra. On fait tous les soirs, sur les parties qui sont le siége des pustules acnéiques, des frictions avec du savon noir ordinaire. Il faut avoir soin de laisser sur la peau une légère couche de savon. Le matin on lave à l'eau tiède. On renouvelle les frictions avec le savon noir plusieurs jours de suite (de trois à quatre), de manière à provoquer l'inflammation de la peau et des poussées d'acné. Une fois ces phénomènes inflammatoires produits, on cesse les frictions et on prescrit des douches de vapeur ou mieux des pulvérisations d'eau ordinaire tiède ; en cas d'impossibilité de trouver des douches de vapeur, M. Lailler les fait remplacer par des fumigations ou par des lotions émollientes. On recommence ce traitement plusieurs fois, après un intervalle de quatre à cinq jours environ, et en général, au bout de cinq à six semaines, on obtient, sinon la guérison, du moins une amélioration notable. Dans ces cas, la guérison est obtenue par une sorte d'inflammation substitutive analogue à celle qui résulte de l'emploi de certaines préparations mercurielles.

M. Veiel emploie la même médication, seulement il frotte les boutons acnéiques avec un linge rude ou il les scarifie.

M. Hillairet a aussi eu recours avec succès, dans les mêmes circonstances, à la solution de fleur de soufre dont voici la formule :

Eau distillée.	200 grammes.
Alcool camphré.	50 »
Fleur de soufre.	15 »

Enfin, M. Constantin James[1] a proposé une nouvelle mé-

[1] *Gazette médicale de Paris*, 1875, nos 13 et 15.

thode de traitement qui consiste dans l'emploi des topiques suivants : 1° une *liqueur styptique* — un tiers ou un dixième d'acide chlorhydrique dilué dans de l'alcool; 2° une *mixture chloratée* — solution de 4 gram. de chlorate de potasse dans 100 gram. d'eau distillée.

« Tenant d'une main un bourdonnet de coton, il saisit de l'autre un pinceau imbibé de la liqueur styptique, lequel pinceau lui sert à l'étaler sur les surfaces malades, en essuyant à mesure le coton. S'agit-il de très-petits boutons, il promène le pinceau très-rapidement. Les boutons, au contraire, ont-ils un certain volume, il fait un badigeon véritable, forçant les doses de la liqueur aux endroits où l'éruption est la plus accentuée, et l'y laissant au besoin séjourner quelques instants.

« Sous l'influence de ces pansements, que l'on répétera tous les deux ou trois jours, les boutons diminuent de plus en plus de volume, jusqu'à ce qu'ils ne représentent plus qu'un petit grain noirâtre qui tombe de lui-même ou qu'on détache avec l'ongle. » On fait suivre chaque pansement de quelques lotions avec la mixture chloratée, et on répète ces lotions dans l'intervalle, de manière à prévenir toute réaction inflammatoire.

Un ou plusieurs groupes de plaques rouges, d'étendue variable, irrégulières, ayant leur siége exclusif à la face dont elles occupent habituellement une région circonscrite, s'accompagnant tantôt de dilatation des capillaires cutanés superficiels et tantôt de pustules acnéiques, tel est l'état auquel les dermatologistes ont donné le nom d'*acne rosacea* ou *couperose*.

Mais que de degrés dans l'acné rosacée !

Simple rougeur, uniforme, plus ou moins foncée, d'un point circonscrit de la face — des joues, du menton, mais surtout du nez, — on le voit survenir chez des jeunes filles ou de jeunes femmes, habitant des pays froids ou s'exposant

fréquemment au grand air vif, — *acne rosacea pernonialis.*

On peut aussi attribuer à l'influence du froid, à l'exposition continue au grand air, au vent, ces rougeurs de la face qu'il est si fréquent d'observer chez les cochers de fiacre, les conducteurs de diligence, etc. J'en ai vu de nombreux exemples, notamment chez les individus obligés de traverser, l'hiver, des montagnes élevées sur lesquelles souffle constamment un vent glacial. Mais, dans ces cas, nombreuses sont les causes réunies : froid, vent, alternatives de froid et de chaleur, abus des boissons alcooliques. Aussi n'est-ce plus d'une simple rougeur qu'il s'agit, mais d'une sorte de face *bourgeonnante*, sur la rougeur intense de laquelle se lisent, en caractères saisissants, les résultats multiples des influences que je viens d'énumérer : desquamation épidermique, nodosités acnéiques plus ou moins volumineuses, arborisations capillaires, etc.

Si, à l'époque où la menstruation s'établit, quelques pustules d'acné sont les sentinelles perdues de cette évolution physiologique, il n'en est plus ainsi au moment de la ménopause. A cette période de la vie de la femme, l'acné, notamment l'acné rosacée, se manifeste plus fréquemment qu'à d'autres moments. Non que nous attribuions l'éruption acnéique au trouble des fonctions menstruelles, mais parce qu'il se produit souvent, alors, un mouvement congestif vers la tête, lequel se traduit par des *bouffées* de chaleur revenant pendant un certain temps d'une manière périodique. D'abord passager, disparaissant sans laisser de traces, cet état devient permanent en quelques points — au nez, sur les joues ; sur ces plaques se développent ensuite de petites pustules d'acné, qui donnent au visage un aspect rugueux, inégal.

Ces plaques érythémateuses peuvent envahir la plus grande partie de la face, se recouvrir de *boutons* qui suppurent incomplétement, dont le sommet est surmonté d'une petite croûte, et dont la base reste indurée. La coloration des plaques

augmente d'intensité, on la voit devenir violacée, cramoisie sous l'influence d'émotions morales vives, et même sous la simple influence du travail de la digestion. La peau est sillonnée de petits vaisseaux sanguins dilatés et variqueux, dont la coloration noire tranche sur la couleur rouge des plaques.

L'acné rosacée n'est pas beaucoup moins fréquente chez les hommes que chez les femmes.

Outre la forme que nous avons déjà décrite et dans laquelle les intempéries atmosphériques jouent le plus grand rôle, il en est d'autres encore dont les abus alcooliques peuvent revendiquer la paternité.

Les vaisseaux sanguins dilatés, dont les ramifications colorées saillantes se détachent sur la peau du nez qui a pris un aspect huileux tout en conservant sa couleur normale, constitueraient, d'après Hebra, la couperose des *buveurs d'eau-de-vie*.

Selon le même auteur bien différente serait celle qui affecte les *buveurs de vin*. La lésion n'est plus limitée au nez, elle s'étend à la plus grande partie de la face ; on observe bien encore des arborisations et des dilatations vasculaires, mais de plus, la peau est rouge, d'un rouge foncé, elle est tuméfiée, enflammée ainsi que les follicules sébacés, vulgairement *trogne*.

Enfin n'oublions pas que, sous l'influence de l'inflammation prolongée, qu'elles qu'en aient été la cause et la modalité, les follicules peuvent s'hypertrophier, se transformer en tumeurs qui peuvent acquérir un volume considérable et constituer une véritable difformité, — *acné hypertrophique*.

Traitement. — Le traitement de l'acné rosacée doit varier suivant les causes qui lui ont donné naissance ; le médecin agira suivant les indications présentées par chaque malade. Aux buveurs de vin ou de bière, à ceux qui abusent des alcooliques, on devra évidemment recommander la tempérance. Si l'acné paraît être sous la dépendance de troubles dans les

fonctions menstruelles, il faut autant que possible faire cesser l'aménorrhée ; si d'autre part elle coïncide avec la ménopause, c'est aux dérivatifs intestinaux, notamment aux préparations d'aloès qu'il sera préférable de s'adresser. Les bains de vapeur, les bains sulfureux ou alcalins pourront aussi rendre d'utiles services.

Mais l'emploi des moyens locaux a ici une très-grande importance. Lorsque la maladie est récente, c'est-à-dire lorsque l'acné rosacée n'est encore caractérisée que par de la rougeur et une légère vascularisation des tissus, le soufre en pommade, en lotion ou en savon constitue un des meilleurs remèdes que l'on puisse employer. On pourra se servir de la solution de foie de soufre employée à l'hôpital Saint-Louis et dont nous avons déjà donné la formule (voy. ci-dessus). Les savons sulfureux donnent aussi de bons résultats. Du reste, quelle que soit celle de ces préparations à laquelle on aura recours, le résultat sera à peu près le même : le soufre détermine une irritation, une inflammation cutanée qui est suivie, au bout de quelques jours, d'une réaction salutaire. En raison de la rougeur de la peau que déterminent ces applications, on doit toujours les prescrire le soir et surtout prévenir le malade qu'elle aura lieu. Après un temps variable et qu'il est bien difficile, sinon impossible, d'apprécier en raison de la susceptibilité cutanée individuelle, de la force avec laquelle la friction sera pratiquée, etc., il sera toujours nécessaire de suspendre l'usage du médicament, en ayant soin d'indiquer au malade d'une manière aussi précise que possible à quel moment il devra reprendre l'emploi du topique. Si l'inflammation provoquée ainsi artificiellement est très-vive on peut, pour favoriser sa résolution, se servir de lotions émollientes, de pommades calmantes ou simplement de cold-cream. On peut remplacer les préparations sulfureuses par des lotions faites avec une solution de sublimé que l'on emploiera dans les proportions que nous avons déjà indiquées pour d'autres

variétés d'acné. Le sublimé agira comme le soufre en déterminant une salutaire aggravation momentanée de l'irritation cutanée.

Si l'acné rosacée s'accompagne de dilatations veineuses, les moyens précédents seront insuffisants ; pour obtenir une amélioration réelle, il faudra sectionner les vaisseaux ou les oblitérer. Voici quel est le procédé du professeur Hebra[1] : on pratique un grand nombre d'incisions avec un bistouri à lame étroite et tranchante ou avec un couteau à cataracte, de manière à sectionner longitudinalement les veines dilatées. Il faut avoir soin de laisser couler le sang pendant un certain temps et de toucher ensuite les parties avec une solution de perchlorure de fer. La réaction est très-légère, surtout si l'on a soin de faire cette petite opération en plusieurs séances, en s'appliquant à couper au début les plus grosses veines et successivement les plus petites jusqu'à ce que tous les vaisseaux aient disparu. Quand il ne restera plus que de la rougeur, on la combattra au moyen des applications dont il vient d'être question.

Contre l'acné hypertrophique un excellent moyen que j'ai vu employer avec succès par M. Lailler, c'est l'introduction dans les orifices folliculaires de petites flèches de pâte de canquain ou l'injection hypodermique d'une *seule* goutte de chlorure de zinc en deliquium. A l'aide de ces moyens on peut arriver à détruire successivement les tissus hypertrophiés et à faire disparaître ainsi des tumeurs fort pénibles pour les malades et qui, outre qu'elles constituent une véritable gène par leur volume, donnent encore à la physionomie un aspect repoussant. Aussi, les malheureux atteints de cette difformité, sont-ils très-souvent obligés de se confiner chez eux.

M. Guibout emploie le traitement suivant : tous les trois ou quatre jours, on fait de six à huit mouchetures profondes avec

[1] *Traité des maladies de la peau*, t. I, p. 777.

une lancette ; puis, après avoir laissé saigner pendant quelques minutes, on fait un pansement compressif avec des plumasseaux de charpie imbibés d'eau végéto-minérale ou d'une solution concentrée de chlorhydrate d'ammoniaque dont on l'arrosera toutes les deux heures. (Misset, *Étude sur la pathologie des glandes sébacées.*)

Hebra a aussi conseillé dans ces cas d'enlever un lambeau triangulaire des téguments du dos du nez. On pratique une incision longitudinale de la racine du nez jusqu'à son extrémité, on dissèque la peau de manière à pouvoir exciser deux lambeaux en forme de coins. On rapproche ensuite les bords de la plaie sur la ligne médiane. — C'est à des tumeurs de cette espèce que M. Ollier a appliqué son procédé de *décortication* par le fer rouge, grâce auquel il obtient de bonnes cicatrices, ainsi que la réduction consécutive des tissus hypertrophiés voisins de la tumeur, et cela sans avoir couru les risques de la complication érysipélateuse, comme à la suite des opérations par le bistouri.

LÉSIONS DE L'ÉPIDERME ET DES ONGLES

TYLOSIS

Sous le nom de *tylosis*, (τυλος, cor aux pieds) on désigne des callosités sèches, dures, lamelleuses, que l'on observe aux orteils, au talon ou à la plante des pieds.

Alibert et M. Bazin en ont décrit trois variétés ; le *tylosis gompheux ;* le *tylosis calleux ;* le *tylosis bulbeux.*

Le *Tylosis gompheux*, *cor aux pieds*, *clavus pedum* des auteurs anciens est une affection de la peau caractérisée par une hypertrophie circonscrite de l'épiderme avec noyau central dur, pénétrant plus ou moins profondément dans le tissu cutané. On a comparé ce cône épidermique à un clou (*clavus*)

dont la pointe s'enfoncerait dans le derme et dont la tête vient s'étaler sur la surface cutanée où elle constitue une callosité.

Les cors s'observent presque exclusivement aux pieds ; ils paraissent résulter de l'usage de chaussures défectueuses ou trop étroites ou trop larges.

Traitement. — Étant données les causes qui président au développement du cor, la première condition pour combattre cet état est de porter des chaussures souples, molles et dont la forme s'adapte parfaitement aux pieds. Cette simple précaution suffit quelquefois pour obtenir sa guérison.

Une fois la lésion produite, on peut se borner à enlever avec un bistouri ou un canif les couches épidermiques les plus superficielles pour diminuer la pression sur les parties molles, cause de la douleur. Cette petite opération, répétée à des intervalles plus ou moins éloignés, a amené dans quelques cas la guérison du cor, mais le plus souvent ce n'est qu'un moyen palliatif.

Comme médication du même genre, on peut aussi avoir recours au procédé indiqué par Peyrilhe (Voy. Lagneau, art. Cor *in* Dictionnaire en 30 vol. tom. IX, pag. 56). Il assurait avoir obtenu de nombreux succès de l'application de deux emplâtres de diachylon gommé, dont l'un, étendu sur une peau souple, mais épaisse, comme celle du buffle, et percé à son centre d'une ouverture suffisante pour laisser à nu toute l'étendue du cor, se trouvait recouverte par l'autre qui n'était pas fenêtré. Ce procédé déjà indiqué par Carlisle est recommandé par Alibert.

On emploie aujourd'hui dans le même but des tissus épais et souples qui sont percés d'une ouverture suffisante pour que le cor soit à nu ; sa surface se trouvant alors protégée par l'espèce de bourrelet formé par l'étoffe n'est plus pressée par la chaussure et la marche devient facile.

La cure radicale ne peut en général être réalisée que par l'*extirpation* complète du cor faite au moyen d'une espèce

d'aiguille, à pointe mousse, à l'aide de laquelle on énuclée en quelque sorte le tubercule calleux des parties saines.

Beaucoup de topiques ont été conseillés contre les cors aux pieds, il faut être très-réservés pour leur emploi, notamment quand il s'agit de substances caustiques, leur action pouvant dépasser le but que l'on se propose d'atteindre, toutefois l'acide acétique cristallisable paraît rendre de bons services.

Sous la dénomination de *tylosis calleux* on comprend ces espèces de *callosités*, de *durillons* qui surviennent le plus souvent aux pieds et sont, comme les cors, produits par la pression des chaussures. Le tylosis calleux est aussi formé par l'épaississement des couches épidermiques qui sont superposées les unes sur les autres ; toutefois on n'y trouve pas ce noyau conique et cette atrophie du derme qui caractérisent le véritable cor.

Le meilleur mode de traitement de cette lésion consiste à couper la partie saillante, l'excédant de la tubérosité épidermique à l'aide d'un bistouri ou d'un rasoir; ce n'est évidemment qu'un moyen palliatif auquel on doit avoir recours à des intervalles assez rapprochés.

Enfin le *tylosis bulbeux*, désigné assez communément sous le nom d'*ognon*, s'observe habituellement sur les faces latérales des orteils. Il consiste en une espèce de tumeur molle, large, diffuse, blanchâtre, œdémateuse, résultant de l'état d'humidité produit par le contact des surfaces et leur sécrétion. Au milieu de cette tumeur il existe un mamelon rouge, entouré de petites pellicules, qui se détachent avec plus ou moins de facilité les unes des autres (Alibert). D'après M. Bazin, cette lésion peut devenir le point de départ d'un mal perforant.

On peut, comme pour les variétés précédentes, couper le cor aussi près que possible ou bien pratiquer son extirpation.

ONYXIS

Sous le nom d'*onyxis* je comprends toutes les lésions de l'ongle qui peuvent se rattacher aux affections cutanées ou coexister avec elles. Je réserve pour le chapitre suivant les altérations qui, se produisant au voisinage de l'ongle, ne l'affectent que plus tard, d'une façon consécutive.

M. A. Fournier a, le premier, proposé cette division pour l'étude des lésions que la syphilis secondaire détermine vers les ongles; nous ne saurions mieux faire que de la lui emprunter.

Une des formes d'onyxis que l'on rencontre le plus habituellement, c'est une friabilité singulière de l'ongle. Elle est assez commune chez les syphilitiques, surtout chez les femmes; c'est l'*onyxis craquelé* de M. A. Fournier.

On l'observe aussi chez des sujets non syphilitiques. On voit alors le bord libre de l'ongle se casser, se fendiller, sous l'influence des plus légères pressions, des moindres chocs. Malgré toutes les précautions possibles pour tenir l'ongle coupé très-court, il se brise, s'écaille, se dissocie et présente des inégalités qui se reproduisent à chaque instant. Il y a, dans ces cas, un véritable émiettement de l'ongle dont la cohésion et la résistance semblent avoir disparu sous l'influence de causes qui ne sont pas toujours appréciables, mais cependant de préférence chez les anémiques, les cachectiques, les convalescents, etc.

Certaines affections cutanées, notamment l'eczéma et le psoriasis, impriment aux ongles des altérations profondes : ainsi la surface dorsale de l'ongle perd son poli, elle devient opaque, rugueuse, inégale, sillonnée de stries transversales ou longitudinales; au lieu de présenter sa convexité normale, elle s'aplatit, s'excave même par suite du relèvement de ses bords latéraux qui se détachent des replis cutanés; l'ongle est

épaissi, ses lamelles sont dissociées, écartées les unes des autres ; entre la lame cornée et le derme sous-unguéal, on voit parfois des amas de squames épidermiques. Enfin le bord libre de l'ongle forme une masse rugueuse, friable, qui se détache sous forme de petits fragments.

Dans ces cas, et, à plus forte raison lorsque ces lésions sont limitées aux ongles, il est presque toujours impossible de déterminer, dans l'état actuel de la science, si elles appartiennent plutôt à l'eczéma qu'au psoriasis. Cette modification hypertrophique, squameuse ou rugueuse de l'ongle, se présente du reste rarement d'une manière isolée ; elle coexiste presque toujours avec d'autres altérations de la surface tégumentaire.

Cette altération des ongles se rencontre encore dans beaucoup d'autres affections de la peau ; on l'a notée dans le lichen, l'ichthyose, la lèpre, le mycosis fongoïde, etc.

Les affections parasitaires des ongles s'observent quelquefois, notamment dans le favus.

Dans quelques cas, l'ongle se détache peu à peu des parties sous-jacentes, se décolle d'une manière insensible et graduelle dans toute son étendue. Cette variété a été décrite par quelques auteurs, notamment par Lélut, sous la dénomination d'*alopécie unguéale*.

PÉRI-ONYXIS

L'inflammation de la matrice des ongles ou du tissu péri-unguéal est désignée sous le nom de *péri-onyxis*. Cette affection peut être générale ou partielle, aiguë ou chronique.

Dans sa forme aiguë, le péri-onyxis est constitué par un gonflement plus ou moins considérable occupant la racine de l'ongle, ou le plus habituellement ses bords latéraux, ou enfin la totalité des tissus qui l'entourent. Il se forme alors une espèce de bourrelet saillant, d'un rouge brun, violacé, très-sensible au toucher. On a donné à cet état le nom de *tourniole*.

Au bout de quelques jours on voit, en quelques points, suinter un liquide séro-purulent, sanguinolent.

Cette tuméfaction peut rester ainsi stationnaire pendant un temps fort long ; puis elle disparaît par suite d'un travail de résorption ou bien elle se termine par ulcération ; c'est là le cas le plus rare.

L'ongle perd le plus souvent sa transparence ordinaire, sa *nitidité*, il devient opaque, parfois d'un blanc laiteux. Cette inflammation péri-unguéale n'entraîne pas toujours la chute de l'ongle.

L'ulcération ne survient que dans des cas exceptionnels, lorsque la tumeur inflammatoire a été irritée par des pansements excitants, des marches prolongées, la pression de chaussures trop étroites, etc., ou bien encore si le malade se trouve dans de mauvaises conditions hygiéniques. Le péri-onyxis ulcéreux est constitué, notamment chez les sujets lymphatiques ou scrofuleux, par une plaie de mauvaise nature, sanieuse, grisâtre, fongueuse ; les bords sont décollés, d'un rouge livide, violacé. D'autres fois l'ulcère est bourgeonnant et l'ongle se trouve entouré et même en partie recouvert par des bourgeons charnus. Dans tous ces cas, l'inflammation envahit la dernière phalange tout entière, qui prend alors la forme d'une *spatule* ou d'une petite *massue*.

Le péri-onyxis entraîne souvent la chute de l'ongle ; les adhérences de cet organe étant rompues dans la plupart des points, il devient mobile et il tombe spontanément, ou de légères tractions suffisent pour le détacher.

L'*onyxis latéral*, plus habituellement désigné sous le nom d'ongle incarné, ou rentré dans les chairs, est une affection justiciable avant tout des moyens chirurgicaux, et dont nous n'avons par conséquent pas à nous occuper ici.

L'onyxis et le péri-onyxis s'observent assez souvent dans les dermatoses, sans qu'il soit possible d'établir le rapport réel existant entre l'affection cutanée et la lésion unguéale. D'une

manière générale, on peut cependant constater que l'inflammation des tissus qui environnent l'ongle se rencontre presque toujours chez des sujets lymphatiques ou scrofuleux, ou chez des individus épuisés par un régime insuffisant, par des travaux excessifs, par des causes déprimantes quelconques. Ce n'est pas une complication rare chez les eczémateux, les impétigineux, etc... Elle est moins fréquente chez les psoriasiques. Cette dermopathie, comme on le sait, atteint de préférence les sujets vigoureux, et l'état cachectique, quand il survient, ne se produit qu'après un temps très-long.

Traitement. — En dehors d'une médication s'adressant à l'état général du malade, il n'y a rien à faire contre l'onyxis idiopathique. Nous ne connaissons pas jusqu'à présent de moyen susceptible de modifier la sécrétion unguéale ; nous ne pouvons l'atteindre qu'en modifiant l'organisme et en agissant, par conséquent, dans le sens des indications générales présentées par chaque malade.

Si l'onyxis coexiste avec une affection cutanée, et c'est le cas le plus fréquent — la syphilis étant mise de côté — on devra considérer la lésion locale comme une manifestation de la dermatose et instituer une médication appropriée. Indiquer cette médication ne serait donc qu'une répétition de ce qui a déjà été dit.

Toutefois, d'après M. Ancel[1], l'eczéma unguium serait le plus souvent de nature arthritique et par conséquent justiciable des alcalins ; le psoriasis, au contraire, une manifestation herpétique, et réclamant l'emploi de arsenicaux.

Toutefois, en raison des propriétés de l'arsenic sur l'épiderme et les tissus cornés, on donnera la préférence aux préparations arsenicales, dont on devra continuer l'usage pendant un temps très-long, en raison de la lenteur extrême de l'ongle à se renouveler.

[1] *Des ongles au point de vue anatomique, physiologique et pathologique*, p. 125.

Au bout de quelques jours on voit, en quelques points, suinter un liquide séro-purulent, sanguinolent.

Cette tuméfaction peut rester ainsi stationnaire pendant un temps fort long ; puis elle disparaît par suite d'un travail de résorption ou bien elle se termine par ulcération ; c'est là le cas le plus rare.

L'ongle perd le plus souvent sa transparence ordinaire, sa *nitidité*, il devient opaque, parfois d'un blanc laiteux. Cette inflammation péri-unguéale n'entraîne pas toujours la chute de l'ongle.

L'ulcération ne survient que dans des cas exceptionnels, lorsque la tumeur inflammatoire a été irritée par des pansements excitants, des marches prolongées, la pression de chaussures trop étroites, etc., ou bien encore si le malade se trouve dans de mauvaises conditions hygiéniques. Le péri-onyxis ulcéreux est constitué, notamment chez les sujets lymphatiques ou scrofuleux, par une plaie de mauvaise nature, sanieuse, grisâtre, fongueuse ; les bords sont décollés, d'un rouge livide, violacé. D'autres fois l'ulcère est bourgeonnant et l'ongle se trouve entouré et même en partie recouvert par des bourgeons charnus. Dans tous ces cas, l'inflammation envahit la dernière phalange tout entière, qui prend alors la forme d'une *spatule* ou d'une petite *massue*.

Le péri-onyxis entraîne souvent la chute de l'ongle ; les adhérences de cet organe étant rompues dans la plupart des points, il devient mobile et il tombe spontanément, ou de légères tractions suffisent pour le détacher.

L'*onyxis latéral*, plus habituellement désigné sous le nom d'ongle incarné, ou rentré dans les chairs, est une affection justiciable avant tout des moyens chirurgicaux, et dont nous n'avons par conséquent pas à nous occuper ici.

L'onyxis et le péri-onyxis s'observent assez souvent dans les dermatoses, sans qu'il soit possible d'établir le rapport réel existant entre l'affection cutanée et la lésion unguéale. D'un

manière générale, on peut cependant constater que l'inflammation des tissus qui environnent l'ongle se rencontre presque toujours chez des sujets lymphatiques ou scrofuleux, ou chez des individus épuisés par un régime insuffisant, par des travaux excessifs, par des causes déprimantes quelconques. Ce n'est pas une complication rare chez les eczémateux, les impétigineux, etc... Elle est moins fréquente chez les psoriasiques. Cette dermopathie, comme on le sait, atteint de préférence les sujets vigoureux, et l'état cachectique, quand il survient, ne se produit qu'après un temps très-long.

Traitement. — En dehors d'une médication s'adressant à l'état général du malade, il n'y a rien à faire contre l'onyxis idiopathique. Nous ne connaissons pas jusqu'à présent le moyen susceptible de modifier la sécrétion unguéale : nous ne pouvons l'atteindre qu'en modifiant l'organisme et en [illegible], par conséquent, dans le sens des indications générales présentées par chaque malade.

Si l'onyxis coexiste avec une affection cutanée, et c'est le cas le plus fréquent — la syphilis étant mise de côté — on devra considérer la lésion locale comme une manifestation de la dermatose et instituer une médication appropriée. Indiquer cette médication ne serait donc qu'une répétition de ce qui a déjà été dit.

Toutefois, d'après M. Ancel[1], l'eczéma unguium serait le plus souvent de nature arthritique, et par conséquent justiciable des alcalins ; le psoriasis, au contraire, une manifestation herpétique, et réclamant l'emploi de arsenic.

Toutefois, en raison des propriétés de l'[illegible] sur l'épiderme et les tissus cornés, on donnera la préférence aux préparations arsenicales, dont on devra [illegible] l'usage pendant un temps très-long, en raison de la lenteur extrême de l'ongle à se renouveler.

[1] *Des ongles au point de vue anatomique, physiologique et pathologique*, p. 125.

Localement on pourra chercher à pallier la difformité unguéale en enlevant les lames cornées à l'aide du bistouri, d'une lime ou d'une pierre ponce ; on peut aussi recouvrir les ongles avec des emplâtres anodins pour éviter leur rupture ou leur émiettement, l'irritation et l'inflammation consécutives des parties molles.

Contre les péri-onyxis, on se bornera à des applications émollientes, des cataplasmes, des bains, et à des pansements avec le diachylon ou l'emplâtre de Vigo. Contre les tournioles symptômatiques de certaines affections cutanées, à moins d'indication particulière, le traitement sera celui de la dermatose ; c'est en modifiant l'état général, en s'adressant à la cause première de la maladie, en relevant les forces que l'on verra disparaître ces états inflammatoires que l'on observe fréquemment chez les individus cachectiques. Quelquefois des attouchements avec la teinture d'iode seront utiles pour changer la modalité de ces lésions dont l'indolence et l'atonie sont les principaux caractères.

Mais le topique qui paraît donner les meilleurs résultats est la poudre d'iodoforme appliquée sur les ulcérations, elle en modifie rapidement la nature et amène en peu de jours leur cicatrisation. M. Lailler a depuis longtemps recours à ce topique ; il le considère à la fois comme un anesthésique et un cicatrisant de premier ordre. Il fait d'abord nettoyer la plaie avec le plus de soin possible, puis la saupoudre ou la bourre, si elle est profonde, avec de l'iodoforme pur ou finement pulvérisé. Ce pansement est renouvelé toutes les douze ou vingt-quatre heures, suivant l'abondance de la suppuration et l'étendue de la plaie, on en obtient souvent en très-peu de temps des résultats inespérés.

Contre cette forme de péri-onyxis, M. Diday a employé avec succès des pansements avec une solution de nitrate d'argent au 20e.

Dans trois cas qu'il a eu occasion de soigner par cette mé-

thode et qui avaient résisté à d'autres topiques, l'amélioration est survenue très-rapidement, la cicatrisation s'est faite dans un temps relativement court et la guérison s'est maintenue d'une manière définitive.

S'il existait des fongosités, il serait nécessaire de les réprimer avec le crayon de nitrate d'argent, mais le plus ordinairement les pansements que nous avons indiqués suffisent.

LÉSIONS DES POILS

CANITIE

La *canitie* est la coloration grise ou blanche des cheveux ou des poils. Elle peut être partielle ou générale. Elle existe quelquefois dès la naissance (V. Albinisme) ; elle peut être instantanée ou lente, symptômatique d'un état général ou produite par une cause accidentelle.

Une cause inévitable de la canitie est la vieillesse ; elle frappe presque fatalement tous les individus qui ont atteint un certain âge. C'est en général vers trente-cinq ou quarante ans que l'on voit apparaître les premiers cheveux blancs. La canitie débute le plus habituellement par la région temporale pour de là envahir successivement tout le cuir chevelu ; quelques poils blancs, semblables à des fils d'argent, brillent d'abord au milieu des autres cheveux; leur nombre augmente ensuite graduellement à mesure que la canitie fait des progrès jusqu'au moment où la chevelure devient complétement blanche.

Ce grisonnement des cheveux commence souvent de très-bonne heure et les exemples ne sont pas rares de personnes qui ont blanchi dès leur jeunesse même, sans cause appréciable. Cette disposition est souvent héréditaire.

Qu'elle résulte des progrès de l'âge ou qu'elle soit prématurée, la canitie une fois déclarée persiste toute la vie.

Le grisonnement des cheveux et des poils est au-dessus des ressources de l'art; ce n'est pas une maladie, à peine un simple inconvénient dont toute l'importance tient exclusivement au chagrin que certaines personnes en éprouvent.

Nous ne reviendrons pas sur les moyens de remédier à la canitie, nous nous sommes déjà suffisamment expliqué à cet égard.

ALOPÉCIE

L'absence ou la chute des cheveux ou des autres poils du corps constitue l'*alopécie*. Cet état est aussi désigné sous le nom de *calvitie*, expression qui paraît se rapporter plus particulièrement à l'alopécie définitive, à la perte complète et irremédiable des cheveux.

L'alopécie peut être congénitale, sénile ou accidentelle (prématurée).

L'absence congénitale de cheveux et de poils est un fait rare; cependant on en a observé quelques exemples.

Ainsi que nous l'avons vu pour le grisonnement, la chute des cheveux est une conséquence presque fatale de la vieillesse. La chute des cheveux commence en général au-dessus du front dans l'espace compris entre cette partie et le sommet de la tête. Parfois il reste en avant une couronne de cheveux qui tombent ensuite ultérieurement. Au bout d'un temps variable, toute la région supérieure du crâne, sur une étendue plus ou moins considérable, est dégarnie de cheveux : ceux qui sont situés sur les côtés et dans la région occipitale ne tombent que dans des cas exceptionnels. La calvitie tout à fait complète est très-rare.

La peau du crâne devient alors pâle, blanchâtre, lisse, tendue, luisante; les orifices des follicules pileux disparaissent graduellement, et quand la calvitie dure depuis un certain temps il est souvent impossible de les reconnaître à l'œil nu et la surface cutanée prend un aspect éburné, atrophique.

La chute des cheveux s'observe souvent à la suite des maladies graves, au moment de la convalescence : fièvre typhoïde, fièvres éruptives, couches, etc., ou dans le cours de certaines affections chroniques : chloro-anémie, phthisie pulmonaire, etc.

Cette alopécie symptômatique ne se présente pas avec les mêmes caractères que la calvitie sénile ; au lieu d'être limitée à certaines régions de la tête, elle envahit tout le cuir chevelu et les malades en faisant leur toilette entraînent avec le peigne un nombre plus ou moins considérable de cheveux. Ils sont du reste ternes et cassants et se détachent souvent avec la plus grande facilité ; au bout de peu de temps la chevelure devient très-clair-semée.

Cette alopécie est presque toujours passagère et les cheveux repoussent à mesure que la santé revient, que les forces se rétablissent. Aussi est-il permis de supposer que l'alopécie n'est, dans ces cas, qu'un des symptômes de l'appauvrissement du sang, de l'arrêt subit par la nutrition générale. On a encore signalé l'absence de soins de propreté, les sueurs abondantes et la matière sébacée qui s'accumule sur le cuir chevelu, comme des causes actives de la chute des cheveux. D'après Hebra, c'est à cette séborrhée qu'il faudrait exclusivement rapporter l'alopécie consécutive aux maladies graves. Mais l'opinion d'Hebra nous semble infirmée par cette observation que, dans ces cas, la chute des cheveux est un phénomène presque identique aux lésions de nutrition que l'on observe sur les ongles et qui amènent par la suspension complète de leur nutrition la chute de ces appendices, sans que là il soit possible d'invoquer l'accumulation du produit sébacé. On l'observe encore dans certaines affections générales, telles que la lèpre, le mycosis, dans ces cas elle est irremédiable. L'alopécie syphilitique est une de celles que l'on rencontre le plus souvent.

Comme causes de l'alopécie nous devons surtout signaler certaines affections qui ont leur siége au cuir chevelu telles

que l'érysipèle, l'eczéma, le psoriasis, l'acné (acné huileuse, acné pilaris), le pityriasis capitis, les maladies parasitaires, etc., mais si ces affections entraînent la chute des cheveux, l'alopécie ne se produit pas chez toutes à un même degré et avec des caractères semblables.

Les crasses non parasitaires, que l'on observe si fréquemment chez les enfants à la mamelle, déterminent souvent l'alopécie.

Quant à l'alopécie qui est la conséquence des maladies parasitaires, elle est en général circonscrite aux parties qui ont été atteintes par les parasites. Dans le favus, il n'est pas rare d'observer sur le cuir chevelu de petites places blanchâtres complétement chauves qui sont le résultat de la destruction des follicules pileux occasionnée par la présence du parasite.

Si les maladies générales ou locales que nous venons de passer rapidement en revue expliquent dans un certain nombre de cas l'alopécie, il faut avouer cependant que dans bien des circonstances il est très-difficile, sinon impossible, de rattacher la chute des cheveux à une cause appréciable autre que l'hérédité. Toutefois cette influence héréditaire, aussi bien que les autres causes générales encore mal connues qui amènent la chute des cheveux, ne paraissent pas agir au même degré dans les deux sexes. Il est incontestable, en effet, que l'alopécie est non-seulement beaucoup plus fréquente chez l'homme que chez la femme, et que de plus chez cette dernière elle reste toujours infiniment plus limitée, plus restreinte.

Contre l'alopécie qui se produit à la suite de maladies aiguës graves ou qui paraît être la conséquence d'un état chloro-anémique, il faut combattre la débilité générale à l'aide d'une médication reconstituante, formulée d'après les règles que nous avons déjà si souvent exposées dans le cours de cet ouvrage et dont les préparations amères et les ferrugineux feront la base.

Mais à ces moyens généraux, il sera bon d'ajouter un traitement externe approprié, qui pourra également s'appliquer à cette alopécie idiopathique prématurée dont nous avons dit quelques mots.

En première ligne figure le *rafraîchissement* de la chevelure, auquel on aura recours une ou deux fois par mois. C'est là un très-bon moyen qui contribue souvent à arrêter la chute des cheveux ; on pourra en outre user de pommades ou de lotions excitantes, afin de ranimer la vitalité des follicules pileux.

Innombrables sont les remèdes qui de tout temps ont été conseillés contre l'alopécie. Nous n'avons rien à dire des panacées qui à toutes les époques se sont produites contre la chute des cheveux ou pour les faire repousser ; nous nous bornerons à indiquer quelques-unes des formules dont l'expérience a, dans les cas que nous avons spécifiés, démontré l'efficacité.

Car nous ne saurions trop nous élever contre cette tendance que au mot alopécie doit toujours correspondre une lotion ou une pommade quelconque ; ce n'est malheureusement que dans des circonstances déterminées que des topiques locaux pourront être utilement employés.

Les frictions avec des liqueurs aromatiques, pures ou coupées avec de l'eau, telles que du rhum, de l'eau-de-vie, l'alcoolat de lavande, de mélisse, d'arnica, etc., avec des décoctions de quinquina, de feuilles de noyer, de camomille, de romarin, de sauge, etc., peuvent parfois donner de bons résultats.

M. Lailler emploie souvent avec succès un lotion excitante dont voici la formule :

Teinture de savon.	} ãã 100 grammes.	
Baume de Fioravanti.		
Alcool camphré.		
Teinture de pyrèthre.	50 »	
		50

On peut remplacer la teinture de pyrèthre par la teinture de capsicum annuum, à la même dose, ou par la teinture de cantharides à la dose de 25 grammes.

Il en est de même des onctions avec des pommades excitantes ou astringentes. La pommade de Dupuytren est une de celles qui ont eu le plus de réputation.

M. Hardy s'est bien trouvé dans quelques cas d'une pommade contenant :

Moelle de bœuf.	60 grammes.
Huile de ricin.	30 »
Acide gallique.	3 »

M. Cazenave recommande la préparation suivante, qui lui a donné de bons résultats :

Moelle de bœuf préparée.	30 »
Teinture aromatique du Codex. . .	ãã 4 grammes.
Huile de ricin.	

Les pommades au tannin (1 gram. sur 30 gram. d'axonge), à l'huile de croton (5 à 10 gouttes pour la même quantité d'excipient).

Beaucoup d'autres pommades ont été préconisées contre l'alopécie, on les trouvera indiquées dans tous les formulaires.

On peut varier à l'infini les formules de ces pommades, toutes elles ont pour base des substances excitantes, toniques ou astringentes ; mais si elles ont quelque efficacité contre ces alopécies qui atteignent les individus débilités par une affection aiguë grave, ou par un état général tel que la chlorose, elles sont malheureusement le plus souvent impuissantes contre les alopécies idiopathique et sénile.

Quant à l'alopécie qui est le résultat d'une maladie parasitaire, elle n'exige pas de traitement spécial ; il faut avant tout et le plus tôt possible combattre l'affection principale par

les moyens appropriés et détruire les parasites qui sont ici la seule cause de la chute des cheveux. On ne s'occupera de l'alopécie qu'une fois que la maladie parasitaire guérie, il ne restera plus qu'un état atonique du cuir chevelu et les lotions stimulantes pourront alors trouver un emploi utile pour favoriser la pousse des cheveux,

ATROPHIE

Les poils subissent parfois dans leur structure des altérations que l'on peut regarder comme une véritable atrophie ; ils deviennent secs, rugueux, cassants ; leurs éléments se dissocient, ils se fendent et se brisent dans leur longueur. Ces lésions des poils s'observent le plus habituellement chez les individus dont la nutrition a souffert, a subi un temps d'arrêt soit par suite d'une maladie fébrile, soit par le fait d'un état cachectique dont les causes peuvent être très-variables. Dans quelques cas exceptionnels les poils poussent ensuite définitivement atrophiés, c'est-à-dire grêles et lanugineux. Ce fait, très-connu des vétérinaires, s'observe souvent dans la toison des moutons.

Comme autres formes d'atrophie des poils nous pouvons ranger ce renflement et cet éclatement des poils décrits par Beigel et Hebra, et ces renflements fusiformes des cheveux désignés par M. Devergie sous le nom de *tricoptilose*.

Quant à l'atrophie capillaire consécutive aux affections parasitaires du cuir chevelu, il en sera naturellement question dans le chapitre réservé à ces maladies ; du reste son traitement se confond avec celui exigé par l'affection parasitaire elle-même.

DIFFORMITÉS

NŒVI

Sous cette dénomination nous comprenons des taches hématiques permanentes, congénitales, ou du moins survenant peu de temps après la naissance, qui sont constituées par la dilatation des vaisseaux capillaires de la peau. (Il a déjà été question des nœvi pigmentaires à propos du lentigo.) Les nœvi vasculaires se manifestent sous l'aspect de taches, parfois légèrement saillantes, d'une coloration rouge ou violacée, bleuâtre, lie de vin, augmentant sous l'influence de toute cause excitante (colère, menstruation), disparaissant momentanément sous la pression du doigt et dont la dimension varie depuis celle d'une lentille jusqu'à celle de la paume de la main et même davantage. Quelquefois ces taches sont l siége de petites saillies inégales qui leur donnent une apparence spongieuse, turgescente ; au toucher, elles sont, dans ces cas, facilement compressibles, elles constituent alors le *fungus hematodes* des anciens auteurs.

Les nœvi vasculaires s'observent de préférence à la tête, notamment à la face ; on en rencontre aussi sur le tronc et aux grandes lèvres chez la femme, etc.

Les taches sanguines peuvent persister pendant toute la vie avec l'aspect, l'étendue et tous les autres caractères qu'elles avaient au moment de la naissance, leur coloration seule variant sous l'influence des causes que nous avons indiquées. D'autres fois les nœvi se développent après la naissance durant un temps variable, et, lorsqu'ils ont acquis une certaine dimension, ils restent ensuite indéfiniment stationnaires.

Les nœvi vasculaires proéminents ont en général une plus grande tendance à s'étendre que la variété précédente, soit

en surface, soit en profondeur. Ces nœvi sont parfois le siége de granulations fongueuses produites habituellement par les frottements ou les grattages du malade; on a vu, dans quelques cas, survenir à leur surface un véritable épithélioma.

Les causes des nœvi vasculaires sont complétement inconnues; la croyance populaire qui rattache l'apparition de ces taches à des « *envies* de femme enceinte » ne mérite même pas d'être discutée. Parfois on a signalé l'hérédité.

Traitement. — Le traitement des nœvi vasculaires rentre dans le domaine de la chirurgie. Nous nous bornerons donc à rappeler d'une manière sommaire qu'on a proposé pour les guérir, ou du moins les modifier, une foule de moyens : la ligature, les injections coagulantes, la vaccination, la cautérisation à l'aide du fer rouge ou de différents caustiques, l'électrolyse, l'excision, etc. Toutes ces méthodes peuvent donner de bons résultats; ce sera au chirurgien à apprécier, non-seulement quelle est celle à laquelle il doit donner la préférence, mais encore à quel moment il sera utile d'intervenir. Rappelons toutefois que, dans certains cas, les nœvi peuvent guérir spontanément. On voit alors la tache vasculaire pâlir et disparaître graduellement après un temps plus ou moins long. A la place du nœvus la peau présente une simple pigmentation plus prononcée qu'à l'état normal ou une cicatrice atrophique.

Dans d'autres cas, ils peuvent guérir sous l'influence d'une inflammation et même d'une gangrène soit survenues sans causes appréciables, soit dues à des violences extérieures.

Mais ces guérisons sont toujours des faits exceptionnels.

Sous le nom de nævus *à pernione*, M. Bazin comprend ces taches rougeâtres, indolentes, indélébiles que l'on trouve sur les points où des engelures ont persisté pendant longtemps. Cette forme de nævus s'observerait fréquemment aux mains et à la face.

VERRUES

De petites excroissances cutanées, dures, du volume d'un grain de millet à celui d'un haricot, hémisphériques, formées par l'hypertrophie de l'épiderme avec lésion du corps papillaire sous-jacent, constituent les *verrues*. Ces affections ne donnent lieu en général à aucune douleur; leur durée est habituellement très-longue. Leur siége de prédilection est aux mains (*poireau*), quoiqu'on puisse les rencontrer sur d'autres régions du corps.

Les verrues sont quelquefois congénitales; leur surface quelquefois lisse, normale, est cependant en général plus pigmentée que la peau adjacente; d'autres fois il survient plus ou moins longtemps après la naissance, des poils semblables à ceux de la barbe, qui forment une espèce d'aigrette; elles constituent alors ce qu'on a décrit sous le nom de *nævus spilus;* ces excroissances verruqueuses s'observent principalement au visage; leur forme est celle d'un pois chiche, d'où le nom de *verrues cicéroniennes* que leur avait donné Alibert.

Mais le plus souvent les verrues apparaissent dans le cours de la vie. Leur surface est parfois lisse, mais plus ordinairement muriforme, inégale, rugueuse. Elles sont recouvertes d'un épiderme normal, d'autres fois leur pigmentation est plus foncée; elles sont d'un gris jaunâtre et même d'un noir foncé. Leur forme est en général globuleuse, conique; quelquefois elles sont pédiculées, — *verrue acrochordon* (Alibert); — ces dernières se voient au cou et aux épaules.

Les verrues peuvent persister toute la vie ou bien, après avoir duré un certain temps, finir par disparaître spontanément.

Leurs causes sont des plus obscures; quelques auteurs ont considéré l'hérédité comme ayant une certaine influence sur

leur production. On les a aussi attribuées aux frottements ou contact prolongé d'un point de la peau avec des corps durs, des outils dans certaines professions, à la malpropreté.

Traitement. — Elles peuvent quelquefois disparaître spontanément, mais le plus ordinairement on est obligé de les enlever à l'aide d'une petite opération chirurgicale.

Si la verrue est pédiculée, la ligature suffit. On serre progressivement le fil de manière à ce que le sang n'arrive plus dans la tumeur ; celle-ci ne tarde pas à se flétrir et à tomber.

Pour les verrues ordinaires, on pratiquera l'incision avec le bistouri ou les ciseaux, suivie de la cautérisation de la surface de section avec un caustique. Le meilleur procédé est de se servir d'une allumette taillée en pointe, dont on trempe l'extrémité dans un des acides suivants : acide acétique concentré, nitrique, chlorhydrique, chromique, sulfurique, etc.... On peut encore se servir du crayon de nitrate d'argent. On est souvent obligé d'y revenir à plusieurs reprises pour obtenir la guérison de ces petites productions cornées qui récidivent souvent avec une tenacité désespérante.

Les caustiques plus énergiques, tels que la pâte de Vienne, la potasse caustique, le chlorure de zinc en deliquium, etc., occasionneraient des douleurs très-vives et auxquelles peu de malades consentent à se soumettre.

Ici encore reparait la série des remèdes populaires, notamment les applications de poudre de sabine, de suc de chélidoine, de figuier, etc.,.. Mais ces topiques sont sans efficacité.

Je rapproche des verrues les *cornes cutanées ;* ce sont des excroissances dures, d'une consistance cornée, saillantes, formées le plus ordinairement par des amas de cellules épidermiques avec hypertrophie des papilles cutanées. D'autres fois elles ont pour point de départ le follicule sébacé ; elles

sont alors constituées par le follicule lui-même et par le produit sécrété.

Ces productions morbides se développent de préférence chez les personnes âgées; on les rencontre sur toutes les régions du corps, mais le plus souvent à la tête. Leur forme est très-variable : les unes sont cylindriques, coniques, droites; d'autres sont spiroïdes, semblables à des cornes d'animaux. Leur surface est rarement unie; le plus souvent elle est le siége de cannelures longitudinales, de rugosités, d'aspérités; leur sommet est en général simple et conique, il n'est pas très-rare cependant de trouver deux ou trois bifurcations.

Rappelons la coïncidence très-curieuse, et notée surtout par Rhodius, A. Bérard et Landouzy, du *mérycisme*, ou habitude de ruminer les aliments, coïncidence observée chez un certain nombre des individus qui étaient porteurs de ces productions cornées.

Les causes des cornes cutanées sont complétement inconnues; on a incriminé toutes les causes mécaniques d'irritation de la peau : les contusions, les brûlures, les plaies, etc. On a vu une corne succéder à un cancroïde plusieurs fois cautérisé (Follin).

Le *traitement* des cornes cutanées peut être palliatif ou curatif. Dans le premier cas, on se bornera à couper la corne quand elle aura atteint un certain volume; mais alors elle récidive fatalement. Le procédé le plus simple et le plus expéditif consiste à enlever à l'aide d'incisions non-seulement la production cornée, mais encore la portion du tégument sur laquelle celle-ci est implantée.

AFFECTIONS PARASITAIRES

M. Bazin est certainement un des auteurs qui ont le plus contribué au progrès de la dermatologie; mais, de tous ses

travaux, les plus remarquables sont, sans contredit, ses études sur les maladies parasitaires.

C'est à lui qu'appartient la gloire incontestée d'avoir débrouillé le chaos jusqu'alors inextricable de ces affections; d'avoir livré à tous le fil conducteur qui permet aujourd'hui de rattacher à des parasites distincts ces éruptions variées et multiples, pendant si longtemps désignées sous des termes aussi vagues qu'insignifiants; enfin d'avoir remplacé par un traitement rationnel et efficace des médications empiriques, souvent inopportunes, parfois dangereuses.

Ses idées ont été adoptées par la plupart des dermatologistes français et étrangers; elles forment la base des doctrines de l'hôpital Saint-Louis qui, de tout temps, a été le principal foyer des études dermatologiques, dont la clinique a contribué pour une si large part à la vulgarisation de cette branche importante de la médecine.

Les parasites qui habitent la peau humaine appartiennent les uns au règne végétal, les autres au règne animal.

En dehors des caractères propres au parasite lui-même, il existe fréquemment des éruptions de diverse nature. Ces éruptions, toujours secondaires, sont la conséquence de l'irritation produite sur la peau par le parasite.

Végétaux ou animaux, les parasites ont des siéges de prédilection qui permettent de les découvrir plus facilement.

Abandonnées à elles-mêmes, les affections parasitaires peuvent persister très-longtemps, indéfiniment. L'emploi d'un traitement approprié sert, d'autre part, à les diagnostiquer en raison de l'influence qu'il exerce sur leur durée. Mais la caractéristique de cet ordre de maladies, c'est leur contagiosité, tant d'une région à l'autre du même sujet que d'individu à individu, par l'intermédiaire des animaux ou des œufs pour les parasites animaux, par celui des spores pour les végétaux. Toutefois il faut remarquer que tous les individus n'ont pas la même accessibilité à l'invasion des parasites; il en est chez

lesquels on les voit disparaître et s'éteindre plus rapidement que chez d'autres, sans qu'il soit possible d'apprécier exactement à quelles causes (locale ou générale) tiennent ces différences.

Au point de vue thérapeutique, dans toute maladie parasitaire, la première indication est de détruire le parasite. C'est lui, en effet, qui est la cause unique, constante de tout le mal. Mais, en second lieu, il faut chercher à faire disparaître les éruptions provoquées par la présence de cet être, corps étranger.

La transmission des maladies parasitaires se fait toujours par contagion ou par inoculation. La contagion peut être médiate ou immédiate. Suivant le tempérament, les conditions générales de santé de l'individu, les diathèses préexistantes, l'ancienneté de la maladie, les soins antérieurs, etc. la présence du parasite peut donner lieu à des éruptions plus ou moins étendues, d'une intensité variable et qui persistent plus ou moins longtemps après la disparition de sa cause organisée.

Nous nous bornerons à ces quelques considérations sommaires, nous réservant d'indiquer, à propos de chaque maladie en particulier, les altérations tégumentaires qui accompagnent spécialement tel ou tel parasite. Du reste, ce n'est point un traité des maladies de peau que nous écrivons, mais un simple résumé de la thérapeutique que l'expérience nous a appris leur être le mieux appropriée.

GALE

La gale est une maladie de la peau, contagieuse, caractérisée par des éruptions de diverses sortes, produites par l'*acarus scabiei*, éruptions dont l'une est pathognomonique de la présence de cet arachnide. Ces éruptions varient de nature et d'intensité, suivant l'ancienneté de l'affection et le

tempérament du malade ; il existe en même temps une violente démangeaison qui augmente en général sous l'influence de la chaleur, notamment de la chaleur du lit. Enfin, la peau est le siége d'excoriations et d'érosions produites par les grattages réitérés des malades.

En dehors de ces éruptions symptômatiques, sur lesquelles nous reviendrons plus tard, la gale présente deux caractères importants et qui sont pathognomoniques de l'affection : l'acare et le sillon. Nous ne ferons pas l'histoire naturelle de l'acare; cet insecte a été si souvent décrit et dessiné que tout le monde est à même de le reconnaître facilement. Bornons-nous à rappeler que, dans la gale ordinaire, c'est l'acare femelle seule qui se creuse un sillon dans lequel elle reste et où elle dépose ses œufs. Chaque sillon contient donc une femelle dont la tête est tournée vers le cul-de-sac et l'extrémité postérieure vers l'orifice d'entrée. Les œufs sont rangés en arrière sur une seule ligne, les uns à côté des autres, ayant chacun leur grand axe perpendiculaire à celui du sillon. En général, un sillon contient dix à quinze œufs et de petites fèces noirâtres. Ces sillons sont creusés entre les diverses couches de l'épiderme.

Les sillons de la gale sont ordinairement sinueux, demi-circulaires; leur forme est souvent celle d'un S, d'un fer à cheval. Leur coloration est blanche ou brunâtre ; dans ce dernier cas, elle serait due, d'après quelques auteurs, aux fèces de l'insecte, ou bien elle peut être modifiée par les matières colorantes avec lesquelles l'épiderme du malade s'est trouvé en contact. Leur longueur est habituellement de cinq à six millimètres, exceptionnellement de trois centimètres. A l'extrémité de chaque sillon se trouve une légère saillie, blanche, arrondie, à laquelle M. Bazin a donné le nom d'*éminence acarienne* ; c'est là que se trouve l'acare ; on peut l'extraire assez aisément avec la pointe d'une épingle.

Souvent l'irritation provoquée par l'acare détermine l'ap-

parition d'une vésicule et même d'une pustule au point où l'insecte a commencé à creuser son sillon ; d'autres vésicules peuvent aussi se développer dans les parties avoisinantes. L'acare ne réside jamais dans la vésicule et il n'existe aucune communication entre cette dernière et le sillon. Il faut encore noter que, lorsqu'il existe une vésicule en rapport avec le sillon, ce dernier est toujours soulevé par la vésicule, preuve que les sillons sont intra-épidermiques. Du reste, bon nombre de sillons ne sont pas accompagnés de ces vésicules qui surviennent de préférence chez les personnes dont la peau est irritable, notamment chez les enfants.

En général, c'est de cinq à dix jours après la contagion que les démangeaisons commencent à se manifester ; elles augmentent ensuite d'intensité en raison du nombre des acares.

Le prurit est même le phénomène qui attire tout d'abord l'attention des malades. Ces démangeaisons sont provoquées par l'irritation mécanique à laquelle donnent lieu les mouvements des acares ; elles se font surtout sentir pendant la nuit, l'acare étant un animal noctambule (Aubé). Ces démangeaisons sont d'intensité variable. Quelques malades se déchirent, en effet, la peau avec fureur. Aussi, dans de telles conditions, survient-il d'abord de la rougeur, des élevures éphémères, et, plus tard, sous l'excitation continue des ongles, une éruption papuleuse qui constitue la *gale papuleuse* ou le *prurigo de la gale* dont il a été question au chapitre du prurigo. Cependant la persistance de la démangeaison entretient le grattage ; seulement les ongles, qui, auparavant, attaquaient presque indifféremment tous les points de la surface cutanée, se portent alors de préférence sur le sommet de ces papules, lequel offre plus de résistance et forme une légère saillie au-dessus de la peau, y déterminant ainsi une petite exsudation sanguine qui se dessèche sous forme d'une croûte noirâtre (Hebra).

Ces excoriations s'observent habituellement à la surface

antérieure du tronc, à la face interne des cuisses, aux avant-bras, aux fesses. Il est très-rare d'en trouver sur la face; c'est là une particularité qu'il importe de noter, sans que nous puissions cependant donner une explication de cette immunité, immunité analogue à celle que présente cette même région contre la transmission par simple contact des chancres mous (chancrelles).

Outre ces excoriations, on voit survenir, après quelques jours (ordinairement un à deux septénaires), de véritables éruptions qui sont dues à la présence du parasite, ainsi qu'à l'irritation mécanique produite par les grattages.

Ces éruptions ont pour principal caractère la polymorphie : papules, vésicules, pustules, s'y trouvent dès que l'inflammation existe à un certain degré d'intensité. Toutefois ces éruptions ont des siéges spéciaux qui permettent presque toujours de les considérer comme caractéristiques de la gale, quoiqu'elles ne présentent rien de particulier dans leur forme anatomique. Ainsi l'éruption papuleuse (*prurigo*), qui, selon M. Hardy, accompagne la gale quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent, a un aspect spécial : les papules sont en général isolées, survenant de préférence sur la partie antérieure du tronc, la face interne des membres supérieurs et inférieurs.

Il en est de même des vésicules qui sont le plus souvent alors isolées et peu nombreuses ; leur siége de prédilection est aux mains, sur la face latérale des doigts et sur la face antérieure de l'avant-bras au dessus du poignet.

Pas plus que les papules et les vésicules, les pustules n'ont une forme *caractéristique* dans la gale, mais, comme pour les deux premières éruptions, leur siége seul est souvent un signalement suffisant de la gale. Par exemple, ecthyma des mains, des fesses, des seins, signifie toujours gale, ainsi que nous l'avons déjà indiqué, page 540. D'autre part, les pustules pourront, elles aussi, faire soupçonner l'existence de la gale lorsqu'on les observera sur les fesses, notamment dans les points correspon-

dants aux saillies osseuses, chez les individus dont la profession les oblige à rester longtemps assis sur des siéges durs.

Toutefois, notons-le, l'absence de ces éruptions concomitantes dans leur siége habituel d'élection ne saurait être un motif suffisant pour affirmer qu'un malade *n'a* pas la gale; mais ce serait néanmoins là une présomption d'une grande valeur dans ce sens.

En présence des éruptions dont nous venons de parler, on devra toujours rechercher s'il existe des sillons dans les points de prédilection ci-dessus indiqués. Le polymorphisme des éruptions constituerait déjà une présomption en faveur de l'existence de la gale, mais le sillon est caractéristique. Il n'est pas nécessaire de trouver l'acare; la présence d'un sillon bien caractérisé sera toujours suffisante pour autoriser à poser le diagnostic *gale*.

Outre ces éruptions on voit souvent survenir des *furoncles*, d'autres fois encore apparaissent des éruptions eczémateuses ou impétigineuses, du lichen. L'acare, dans ces cas, n'a agi que comme cause déterminante de la manifestation d'une diathèse préexistante.

Ces complications, quant à leur importance, sont en rapport avec l'ancienneté de la gale ; parfois même elles peuvent finir par la masquer plus ou moins complétement.

Une affection générale aiguë intercurrente peut souvent enrayer la marche des processus liés à la présence de l'acare; ou du moins pendant la durée de cette affection, démangeaisons et éruptions diminuent, disparaisssent même. Cela tient sans doute à ce que dans ces conditions la peau ayant perdu une partie de sa vitalité n'est plus en état de fournir aux acares leur nourriture normale.

Scabies turpitudo magis quam morbus, a dit Hippocrate. La gale, en effet, n'est point une maladie grave. Dans certains pays on voit des individus qui conservent la gale depuis l'enfance jusqu'à la fin de leur vie sans que leur santé en paraisse

altérée. Son seul inconvénient tient à ses propriétés contagieuses.

Quant aux *suites* de la gale, nous ne pouvons les admettre que en tant qu'il s'agit des éruptions symptomatiques dont il vient d'être question. Si quelquefois ces éruptions persistent et se reproduisent, alors que l'insecte a depuis longtemps disparu, cela tient uniquement à ce que la diathèse herpétique, existant chez l'individu et jusqu'alors latente, aura été *éveillée* par l'acare — simple, irritant, — et non à ce qu'il existe une *diathèse psorique*. Est-il besoin de dire que personne aujourd'hui n'admet cette dyscrasie psorique contre laquelle le professeur Hebra s'escrime sans avoir, selon nous, un seul adversaire, le *poison scabiéique* n'existant plus qu'à l'état de curiosité archéologique. Et si les éruptions qui accompagnent la gale sont souvent plus considérables que ne le comporte le nombre des acares, cela tient non à un *virus acarien*, mais à une diathèse préexistante dont les acares et les grattages ont été la cause de développement; en un mot, la gale n'est point occasionnée par une dyscrasie et n'en engendre non plus aucune.

La seule cause de la gale est la contagion.

Les principales régions envahies par les acares sont les mains, les pieds, les fesses, le pénis, etc. On est presque toujours sûr de rencontrer un sillon sur cet organe, alors même qu'il n'en existe ni aux poignets, ni dans les espaces interdigitaux.

Traitement. — Pour le traitement de la gale il importe, avant tout, d'établir une distinction entre la pratique hospitalière et la clientèle particulière. Dans le premier cas, tout doit être subordonné à la rapidité de la cure. Dans le second, au contraire, ce que le malade réclame le plus, ce n'est pas tant d'obtenir une guérison en quelques heures, que de se soustraire à certaines exigences de la *cure rapide*, c'est-à-dire de pouvoir guérir sans interrompre ses affaires et surtout

d'éviter tout ce qui pourrait laisser soupçonner la nature de son mal.

Ces motifs déterminants étant d'abord pris en considération, le choix entre les méthodes thérapeutiques sera fait d'après les règles suivantes : s'agit-il d'un enfant ou d'un adulte? a-t-on affaire à une femme ou à un homme? le tégument est-il très-irritable? enfin existe-t-il des éruptions concomitantes? et en quel nombre, de quelle date, de quelle nature sont-elles?

On comprend quelle importance ont toutes ces conditions. Elles exercent une influence telle, que l'on ne saurait trop s'étonner de l'erreur profonde qui a si longtemps fait appliquer à tous les galeux un seul et même procédé thérapeutique.

C'est un adage médical si souvent répété qu'il est passé à l'état de maxime : que l'on peut juger de l'impuissance de la médecine et de l'incurabilité d'une maladie par la multitude des remèdes qui ont été conseillés contre elle. Rien ne serait plus faux que cette interprétation appliquée aux innombrables méthodes *anti-psoriques* préconisées dans tous les temps et dans tous les pays. Car si *légion* est le nom des traitements institués contre la gale, on peut dire avec autant de vérité que tous ils ont un pouvoir réel, tous ils réussissent à la guérir.

Seulement, dans ces dernières années, ce qu'on a surtout cherché, et nous pouvons dire réalisé, c'est la cure rapide de la gale, afin de rendre inutile le séjour de l'hôpital aux personnes atteintes de cette affection : progrès qui équivaut presque à une révolution, dont le bienfait ne se borne pas à une guérison plus prompte des malades, mais ouvre l'accès de l'hôpital à une foule de malheureux qui jusqu'alors en étaient tenus éloignés par la présence des galeux, qu'on se croyait obligé d'y garder, en moyenne, douze jours[1].

[1] Le progrès ne devrait pas s'arrêter là. M. Diday a proposé, avec raison, d'exclure des hôpitaux spéciaux les sujets affectés de blennorrhagie sans complication. Non-seulement ils prendraient leur tisane et leurs bains aussi bien

Sans vouloir passer en revue toutes les méthodes thérapeutiques employées contre la gale, nous signalerons cependant les plus usitées en France et à l'étranger.

Le traitement de la gale est simplement local ; il doit toujours avoir pour but la destruction de l'acare.

Or, nombreuses et diverses sont les substances acaricides ; mais il ne faut pas oublier que, à côté de l'acare, il y a le malade, c'est-à-dire le tégument humain — *nam agitur de pelle humana* — qu'il importe de prendre en considération, en sauvegarde. Aussi, dans le choix des agents parasiticides, importe-t-il de toujours donner la préférence à ceux dont l'action est aussi peu irritante que possible sur la surface cutanée.

1° Cure rapide :

M. Bazin a, le premier, démontré la nécessité des frictions générales et est arrivé par ce moyen à des guérisons promptes et surtout durables. Toutefois, c'est M. Hardy qui a organisé le traitement des galeux tel qu'il fonctionne aujourd'hui à l'hôpital Saint-Louis, traitement qui permet de guérir la gale *en une heure et demie* et, par conséquent, *sans retenir* les malades à l'hôpital.

Ce traitement comprend trois parties, ou, pour mieux dire, trois temps : Dans la première demi-heure, le malade est frotté, des pieds à la tête, avec du savon noir (les frictions doivent être assez rudes pour détruire les sillons et mettre les acares et leurs œufs à découvert, c'est même là une condition essentielle du traitement) ; on le plonge ensuite, pendant la deuxième demi-heure, dans un bain simple ou savonneux; enfin, pendant la dernière demi-heure, on pratique

hors de l'hospice qu'en dedans; mais, de plus, le médecin *n'ayant pas à chercher à débarrasser d'eux les salles le plus tôt possible,* on laisserait leur maladie mûrir complétement avant de l'attaquer par les spécifiques, et ainsi l'on verrait, en somme, beaucoup moins de complications de la blennorrhagie aiguë et moins de suintements interminables.

une friction générale avec la pommade d'Helmerich modifiée par M. Hardy de la manière suivante :

Axonge.	300 grammes.
Soufre.	50 »
Sous-carbonate de potasse	30 »

Le malade doit conserver la pommade, sans s'essuyer. jusqu'au lendemain. Enfin, il importe de soumettre les vêtements que portait le galeux à une température élevée (environ 100 à 120 degrés) pour détruire les acares et leurs œufs qui s'y trouvent toujours en plus ou moins grande quantité. On peut également les exposer à la vapeur du soufre, opération dont se charge un dégraisseur.

La méthode de M. Vleminckx a beaucoup d'analogie avec celle-ci : On frictionne le malade avec du savon mou ou même du savon ordinaire et à l'aide d'un morceau de flanelle, pendant environ une demi-heure; puis il est plongé et lavé, pendant une autre demi-heure, dans un bain chaud. Durant une troisième demi-heure, on le frotte sur tout le corps avec un morceau de flanelle imbibé d'une solution de sulfure de calcium. Enfin, le traitement se termine par un bain d'une demi-heure encore. Une fois séché et ayant pris d'autres vêtements, le malade, bien guéri, peut retourner à ses occupations.

Solution de sulfure de calcium (Vleminckx).

Chaux vive.	200 grammes.
Fleur de soufre	100 »
Eau	1000 »

Faites bouillir, laissez refroidir et décantez. On conserve ce liquide dans des bouteilles bien fermées. 100 grammes suffisent pour obtenir la guérison.

Un chimiste viennois, le professeur Schneider, a modifié cette formule de la manière suivante :

Chaux vive	500 grammes.
Soufre citrin.	1000 »
Eau	10 kilogrammes.

Faites bouillir jusqu'à réduction à 6 kilogr. Laissez refroidir et filtrez.

D'autres modifications ont été apportées à la « cure rapide », mais ces modifications sont de peu d'importance et, cette méthode de traitement étant préférée, c'est au procédé de Hardy ou de Vleminckx qu'on devra s'arrêter, et surtout au premier, qui exige une demi-heure de moins que le second. Cependant, il est bon d'observer que, si le traitement belge n'occasionnait pas plus d'irritation, et n'était pas suivi plus souvent de récidive que le traitement français, il aurait sur ce dernier l'avantage de débarasser le malade de tout soin ultérieur, tandis que par la méthode de M. Hardy le malade doit conserver sa pommade pendant au moins 24 heures.

Il est bien évident que, par ces moyens rapides, on tue l'acare et on détruit ses œufs ; mais, dans un si court laps de temps, on ne peut évidemment faire disparaître ni les ravages occasionnés par les ongles des malades, ni les éruptions qui sont survenues sous l'influence, soit du parasite, soit des grattages, soit parfois des traitements antérieurs ; souvent même ces complications de la gale seront aggravées par la médication acaricide et nécessiteront ensuite, pour disparaître, des soins prolongés.

Ce n'est donc que dans des conditions déterminées que l'on devra avoir recours au traitement rapide. Ces conditions sont : éruptions concomitantes discrètes (papuleuses plutôt que vésiculeuses ou pustuleuses), peau peu irritable, malade appartenant aux classes laborieuses ou à l'armée, situation qui exige de chercher à obtenir la guérison dans le moins de temps possible.

Ces méthodes rapides étant celles qui donnent lieu le plus ordinairement aux inflammations cutanées artificielles, il faudra, au contraire, les remplacer par d'autres procédés plus doux chez les enfants, chez les personnes dont la peau est délicate, facilement excitable, chez tous

les individus dont le tégument est le siége de nombreuses excoriations et de ces affections cutanées polymorphes dont les vésicules et les pustules forment les principaux éléments. En outre, la position sociale de certains malades les empêche de se soumettre à une médication dont le mode d'emploi contrarierait toutes leurs habitudes et qu'il leur est, d'ailleurs, facile de remplacer par un procédé qu'ils peuvent employer, chez eux, sans rien changer à leur genre de vie, et surtout sans qu'une odeur accusatrice vienne révéler leur maladie.

Dans ce cas et dans celui aussi où le malade ne pouvant abandonner ses affaires est obligé de consacrer la nuit à son traitement, c'est encore à la cure rapide qu'il faudra avoir recours, en la modifiant, toutefois, de la manière suivante :

On fait prendre un bain de savon d'une demi-heure ; on se frictionne ensuite, soit avec la pommade d'Helmerich, modifiée par M. Hardy, soit avec celle de Vezin :

Fleur de soufre	ãã 180 grammes.
Savon blanc	
Axonge	
Poudre d'ellebore blanc.	8 grammes.
Nitrate de potasse	0,50 centigrammes.

soit surtout avec celle de Bourguignon, dont l'odeur très-agréable rend l'emploi précieux dans certaines circonstances :

Essence de lavande.	ãã 1 gramme.
« menthe.	
« girofle.	
« cannelle..	
Gomme adragante	1 gramme.
Carbonate de potasse	50 »
Fleur de soufre	100 »
Glycérine.	200 »

Dans le cas où la peau serait le siége d'excorations et de

pustules, il est préférable de se servir de la pommade de Wilkinson, modifiée par Hebra, et dont voici la formule :

Fleur de soufre	ãã 45 grammes.
Huile de cade.	
Savon vert.	ãã 125 grammes.
Axonge	
Craie.	30 grammes.

Mais il est, toutefois, bien évident que si ces éruptions étaient nombreuses et enflammées, on devrait, avant d'entreprendre le traitement parasiticide, combattre par des moyens appropriés les affections cutanées concomitantes. Cette médication préliminaire est celle que l'on emploie ordinairement dans la période aiguë de chacune de ces maladies et dont les antiphlogistiques et les émollients forment la base. — Ne perdons point, cependant, un temps précieux à vouloir triompher par des bains, des cataplasmes et du cold-cream, de ces plaques enflammées dont l'origine première n'est autre que l'acare. Tenons-nous prêts à attaquer celui-ci, dès que la chose est possible, sans produire une irritation intolérable. Et surtout, tant que nous sommes forcés de nous en tenir préalablement aux topiques adoucissants, n'oublions pas d'avertir, et par écrit, le client que ce n'est là qu'un prélude, de peur que quelque ami, ou quelque confrère plus éclairé que charitable, ne nous accuse, en lisant notre ordonnance, d'avoir commis une erreur de diagnostic.

Chez les enfants ou chez les personnes dont la peau est facilement irritable, il faut renoncer aux frictions trop fortes, trop rudes, qui, dans ces cas, seraient certainement le point de départ de ces éruptions secondaires souvent si longues ensuite à faire disparaître.

M. Devergie conseille pour les enfants le sulfure de calcium mélangé à de la glycérine dans la proportion de un quart de sulfure calcaire pour trois-quarts de glycérine ou d'axonge.

Le même auteur pense aussi qu'il est inutile de faire pré-

céder l'emploi des pommades acaricides par des frictions avec le savon noir, qui sont irritantes pour la peau, et que l'on doit se borner, comme soin préalable, à des lotions savonneuses ou à un bain alcalin d'une demi-heure : ceci peut suffire, en effet, mais seulement chez les sujets à épiderme délicat et plutôt humide que sec.

Mentionnons encore, pour remplacer la pommade au sulfure de calcium, les formules suivantes :

Soufre du commerce.	āā 10 grammes.
Baume du Pérou	
Onguent simple	80 grammes.

(Neumann.)

Mais quelle que soit la pommade employée, il importe de recommander toujours des frictions un peu rudes afin de déchirer les sillons.

Ou bien :

Styrax liquide	āā 20 grammes.
Fleur de soufre	
Craie blanche.	
Savon vert.	āā 40 grammes.
Axonge..	

(Weinberg.)

On fait une friction matin et soir. Cette dernière pommade a une odeur assez agréable qui domine presque complétement celle du soufre. Elle détruit rapidement les acares et leurs œufs et de plus elle a une action favorable sur les éruptions vésiculaires et pustuleuses, sans provoquer l'apparition de ces eczémas artificiels qui, chez les sujets à tégument irritable, sont si fréquents à la suite des préparations sulfureuses. Enfin, considération secondaire, mais qui n'en a pas moins dans certaines conditions une réelle importance, cette pommade ne détériore pas le linge. Une friction répétée matin et soir deux jours de suite (en conservant toujours le même linge de lit)

suffit, en général, pour obtenir la guérison. Au bout du troisième jour on prescrit un bain de propreté.

Dès la première friction, la démangeaison est notablement diminuée et les malades peuvent reposer la nuit.

La pommade au styrax convient donc parfaitement chez les femmes et les enfants ; toutefois chez les enfants à la mamelle il faut atténuer encore l'action de ce composé en l'additionnant, pour éviter toute irritation, de partie égale d'onguent simple.

De même que certains sujets et certains âges, il est aussi certaines régions qui réclament un adoucissement dans le dosage des topiques et dans la force avec laquelle sont faites les frictions ; telles sont les aisselles, le scrotum, la face interne des cuisses, et surtout le dessous des seins, chez les femmes chez qui ces organes sont pendants.

L'emploi du soufre est général dans le traitement de la gale. C'est sans doute à son efficacité contre cette affection (qui, dans certains cas, représente la réunion de toutes les lésions élémentaires des maladies de la peau), qu'est due la consécration populaire empirique de son appropriation à l'universalité des dermatoses. Mais, outre le soufre et ses diverses préparations, bien des substances ont été conseillées dans le traitement de la gale. Avant de les énumérer, toutefois, il nous paraît utile de signaler encore deux ou trois modes d'emploi de ce spécifique qui peuvent rendre des services aux médecins de campagne. Ainsi, le Dr Talon a indiqué un traitement qui lui a toujours donné des résultats satisfaisants :

Hydrochlorate d'ammoniaque pulv . . .	4	grammes.
Sulfate d'alumine.	1	»
Camphre	1	»
Fleur de soufre	30	»
Axonge purifiée.	100	»

en frictions matin et soir sur les parties affectées, pendant huit

à dix jours. On changera de linge le dernier jour après s'être lavé tout le corps avec de l'eau chaude et du savon.

Franck faisait plus simplement composer une pommade en triturant du soufre avec du beurre frais.

D'autres médecins ont conseillé un topique non moins aisé à préparer, c'est un mélange à parties égales de fleur de soufre et de poudre de savon, que l'on convertit en une masse semi-liquide par l'addition d'une quantité suffisante d'eau.

Mais outre le soufre et ses dérivés on a encore employé contre la gale : le goudron, la térébenthine du Pérou (Burchard), le pétrole (Decaisne), l'acide phénique, le camphre, l'ellébore, la staphysaigre, l'acide sulfurique, le muriate d'ammoniaque, les sels de plomb, de fer, de cuivre, etc.

Rappelons encore quelques moyens employés autrefois avec succès : les *frictions huileuses* recommandées par Delpech ; l'*essence de térébenthine* que Aubé considérait comme possédant essentiellement des propriétés *acaro-toxiques* ; et enfin la *poudre de Pyhorel*, consistant en du sulfure de chaux simplement broyé, auquel on ajoutait une petite quantité d'huile d'olive au moment de s'en servir. Les malades employaient 2 grammes de sulfure pour chaque friction qu'ils faisaient, matin et soir, sur la face palmaire des deux mains. Pyhorel usa pour la première fois de cette poudre en 1815, au siége de Glogau. Biett, qui l'avait expérimentée à l'hôpital Saint-Louis, constata que la durée moyenne du traitement était de 11 à 14 jours. Depuis la cure rapide, ces moyens et beaucoup d'autres ont été avec raison laissés de côté, ils n'ont donc plus qu'un intérêt purement historique.

Enfin, que ce soit chez des enfants ou chez des adultes, que la peau soit plus ou moins irritable, il faut toujours commencer le traitement de la gale par un bain tiède ou par des lotions sur tout le corps avec de l'eau chaude et du savon vert ou à défaut avec du savon de toilette ; on peut aussi faire

laver le malade avec une solution de 100 grammes de sous-carbonate de potasse dans 5 à 6 litres d'eau tiède.

A quel moment doit-on cesser le traitement de la gale? En d'autres termes, quels sont les indices d'après lesquels on peut juger si le traitement d'un galeux est, à un moment donné, oui ou non suffisant, s'il faut cesser l'emploi des agents acaricides irritants pour commencer la médication consécutive simplement adoucissante?... Il est bien évident qu'il faut continuer tant que l'on découvre des sillons. Mais en même temps qu'ils ont disparu, on constate aussi, en interrogeant sur ce point le malade, que la démangeaison proprement dite a disparu (celle des nuits surtout) et qu'elle est remplacée par une sensation de cuisson, de brûlure qui est la conséquence de l'irritation produite par l'action excitante des parasiticides. Cette sensation se distingue du prurit intermittent de la gale en ce qu'elle est, elle, continue. Ces sensations cèdent, du reste, rapidement à quelques bains émollients ou même simplement à la cessation des remèdes employés pour détruire les acares. — Si, pour une cause ou l'autre, la gale vient à récidiver, on s'en aperçoit justement au retour progressif de la démangeaison spéciale, qui vient remplacer la sensation de cuisson.

Dès que ce changement est bien constaté, il n'y a qu'une chose à faire ; recommencer le traitement acaricide, en insistant plus que la première fois, sur les précautions consécutives destinées à détruire les germes d'acares, qui se cachent dans les vêtements. La récidive reste quelquefois locale, se limitant à des vésicules qui n'attaquent qu'une seule région, le poignet, le pénis, les plis interdigitaux. Dans ces cas, on peut se borner à une médication locale, circonscrite. Aubé l'instituait de la manière la plus expéditive en déposant successivement sur chaque vésicule une goutte d'essence de térébenthine, qu'il ordonnait d'y garder jusqu'à complète évaporation.

Ces éruptions vésiculo-pustuleuses, qui surviennent ordinairemen après n'importe quelle médication, ne peuvent pas toujours être guéries pendant le traitement de la gale. M. le Dr Neumann a obtenu de bons résultats de l'application sur les parties malades de la pommade suivante :

Huile de cade.	āā 20 gram.
Fleur de soufre	
Savon vert.	āā 40 grammes.
Onguent simple.	

Suivant la forme, suivant surtout l'intensité de ces éruptions secondaires on variera les médications.

Il faut d'abord, à l'état aigu, multiplier les bains au son et à l'amidon, les cataplasmes féculents, les onctions avec la pommade au concombre. Plus tard, si l'éruption, ayant perdu son caractère inflammatoire, tend à persister, on peut alors, sans inconvénient et avec avantage, l'attaquer par les préparations de goudron (l'huile de cade) et par les pommades à l'oxide de zinc, au turbith minéral.

S'il s'agit de pustules ecthymateuses, de nodosités volumineuses rouges, provenant d'une pression prolongée, d'une profession sédentaire, ou de vêtements trop serrés il faut les panser avec des compresses imbibées de la solution suivante :

Potasse caustique	5 grammes.
Eau commune.	500 »

Des bains tièdes, des lotions avec l'eau froide suffisent pour guérir les excoriations que les malades se font en se frottant. Toutefois il faut éviter de prendre des bains à une température trop élevée, car ils agissent souvent alors comme irritants de la peau, donnent lieu à de la démangeaison et à des poussées cutanées eczématoïdes.

Avant de terminer ce qui a trait à la médication anti-psorique, un dernier point nous paraît utile à examiner. Aujour-

d'hui, avec le traitement rapide, le galeux est bien débarrassé de sa maladie, mais cela ne suffit pas, parceque retournant dans son ancien logement et dans le même lit, il est exposé à une nouvelle contagion, soit par le contact avec son ancien camarade de lit, soit par la présence d'acares encore adhérents à ses draps.

Pour remédier à cet état de choses il faudrait que l'administration hospitalière s'informât des conditions dans lesquelles vit chaque malade et fît bénéficier de la thérapeutique médicale, non-seulement l'individu qui se présente à la consultation gratuite, mais encore toutes les personnes qui vivent avec lui. Ce qui est vrai et utile pour la famille l'est également pour les ateliers. Dès qu'on a observé un cas de gale, on devrait dans l'un et l'autre cas, soumettre à une visite rigoureuse, soit les membres de la famille, soit tous ceux qui travaillent en commun. C'est en organisant les mesures nécessaires pour atteindre tous ceux qui ont pu être contaminés par un galeux que l'on arrivera, surtout à l'aide du traitement rapide, à faire disparaître cette désagréable et souvent douloureuse affection.

PHTHIRIASE

Trois espèces de poux peuvent vivre sur la peau de l'homme; ce sont le pou de tête, le pou dit *de corps* et le pou du pubis.

1° Pou de tête (*pediculus capitis*). On le rencontre principalement chez les enfants, sa présence donne lieu à des démangeaisons plus ou moins vives, suivant le nombre des insectes; démangeaisons qui paraissent tenir bien plutôt à leurs mouvements qu'à l'aiguillon dont ils seraient armés. Ils sont remarquables par la rapidité de leur multiplication. Leuwenhoeck a calculé que deux femelles pouvaient produire dix-huit mille œufs en deux mois.

Parfois, sous la double influence des poux et des grattages

il se produit des éruptions de diverse nature. Ces éruptions, en général eczémato-impétigineuses, s'observent notamment chez les enfants lymphatiques ou scrofuleux.

La présence sur le cuir chevelu de poux nombreux occasionne presque toujours une inflammation suivie de sécrétion séro-purulente qui agglutine les cheveux. On rencontre aussi fréquemment des pustules d'ecthyma, des furoncles, etc.

Le pou de tête a son siége exclusif à la tête; chez quelques malades, on en voit aussi à la nuque.

Traitement. — Avec des soins de propreté, des peignages réguliers, et en tenant les cheveux coupés court, on fait en général disparaître rapidement les poux de tête. Toutefois quelques auteurs, notamment M. Devergie, ont appelé l'attention sur le danger qu'il y a, dans certains cas, à supprimer la maladie pédiculaire chez l'enfant. Cet auteur a vu « la mort survenir chez deux enfants, et cela dans l'espace de six à huit jours, pour avoir coupé les cheveux d'enfants atteints de maladie pédiculaire ». Aussi, notre savant confrère recommande-t-il de ne couper les cheveux qu'avec les plus grandes précautions, la sixième ou la cinquième partie de leur longueur et de répéter cette opération seulement tous les deux ou trois jours et même, chez les jeunes enfants, de se borner à des soins ordinaires de propreté !

Une fois les cheveux coupés, on fera des onctions avec de l'axonge, avec de l'huile, avec différentes pommades :

Axonge.	30 grammes.
Carbonate de potasse	2 »
	(Devergie.)

ou des pommades au calomel, au précipité blanc, etc.

On lavera en même temps la tête de l'enfant tous les jours soit avec de l'eau alcaline :

Eau.	500 grammes.
Carbonate de soude.	10 »
	(Devergie.)

soit avec des solutions sulfureuse, phéniquée, de bi-chlorure hydrargyrique, etc. L'huile de cade pure en onctions est un des meilleurs moyens que l'on puisse employer, elle évite souvent de couper les cheveux (Lailler).

Enfin on saupoudrera la tête avec le calomel, la staphysaigre ou d'autres poudres insecticides.

2° Pou de corps (*pediculus vestimentorum seu corporis*). On l'observe sur toutes les parties du corps et souvent aussi dans les plis des vêtements, notamment au col de la chemise. De même que le pediculus capitis quitte rarement la tête, de même le pediculus corporis ne s'égare jamais dans les cheveux. On le rencontre principalement chez les gens âgés, placés dans de mauvaises conditions hygiéniques, dans les prisons, les logements encombrés, et qui négligent les soins de propreté, etc. Dans ces conditions les poux se développent et se multiplient avec une grande rapidité. Aussi n'est-il pas rare alors de les voir envahir la presque totalité du corps. C'est surtout à cette période de la maladie que doit s'appliquer en réalité le terme de mal pédiculaire ou de phthiriase. La présence de ces parasites sur la peau donne lieu à des démangeaisons déterminant le grattage et des éruptions de diverse nature : érythémateuses, prurigineuses, ecthymateuses, etc. Le prurigo pédiculaire ne serait, suivant quelques auteurs, qu'un prurigo inhérent à la présence des poux, tandis que d'après d'autres dermatologistes l'affection cutanée serait la première en date et les poux, gagnés par accident, se multiplient sur un tégument ainsi prédisposé à devenir un milieu propice à leur habitation ainsi qu'à leur pullulation.

Traitement. — Les bains sulfureux, les fumigations cinabrées, la poudre de staphysaigre sont les remèdes les plus efficaces. Suivant Er. Wilson, les *pediculi corporis* auraient l'odorat délicat ; aussi cet auteur recommande-t-il, si l'on fait usage des pommades, d'y incorporer un parfum âcre,

comme le camphre ou la lavande, pour attirer à leur perte ces hôtes incommodes.

Toutefois, quand leur présence est liée à un mauvais état général, il est souvent très-difficile d'en triompher ; dans ces conditions ils repullulent avec une ténacité désespérante. Aussi l'une des plus importantes indications, dans ce cas, est-elle, tout en ayant recours aux parasiticides, de relever la constitution par tous les moyens possibles.

3° Pou du pubis (*pediculus pubis*, *vulgo morpion*). Cette espèce de poux se rencontre dans toutes les régions où il y a des poils : au pubis, aux aisselles, sur la poitrine, dans la barbe, etc. Ils adhèrent très-intimement à la peau, surtout à la base des poils où il est parfois assez difficile de les apercevoir. Aussi voit-on quelquefois des malades que, à un examen superficiel, l'on avait considérés comme atteints de prurigo ou d'une autre affection cutanée, guérir par le traitement simplement local, qui les débarrasse de leurs *pediculi pubis*.

Ainsi méconnus pendant longtemps ils peuvent se répandre sur toute la surface cutanée ou du moins dans toutes les régions pileuses ; du pubis remonter jusqu'à l'ombilic ; se cacher dans les plis génito-cruraux, etc. L'erreur, dans quelques cas, peut être d'autant plus facilement commise, si l'on n'explore pas avec une attention suffisante, que leur présence s'accompagne souvent, outre les démangeaisons qui existent toujours, de petites taches rouges lesquelles sont constituées par la matière fécale du morpion, qui se trouvent confondues avec les poils et présentent alors une certaine analogie avec les croûtes sanguines caractéristiques du prurigo.

La présence du pédiculus pubis provoque souvent des démangeaisons très-vives, féroces[1] ; aussi la peau porte-t-elle

[1] Un caractère constant et significatif de ces démangeaisons est qu'elles ne se font pas sentir constamment, mais cessent, de temps en temps, complétement, puis reparaissent à certaines heures de la journée, en l'absence de toute cause locale ou générale (autre que les *mœurs des pediculi*) qui puisse en expliquer le retour. — (Diday.)

toujours des traces, non douteuses, de l'action des ongles. De cette double cause d'irritation résultent quelque affections cutanées artificielles : érythème, lichen, etc., qui se dissipent facilement une fois la cause disparue.

Traitement. — Le traitement des poux du pubis est très-simple, des frictions ou des lotions mercurielles en triomphent toujours rapidement. S'ils étaient répandus sur de grandes surfaces du corps, il faudrait avoir recours à des bains de sublimé (15 à 16 grammes par bain); deux ou trois bains au plus suffisent pour les détruire.

M. Diday nous communique sur ce sujet la note suivante :

« Je ne puis partager l'opinion très-répandue que la destruction des pediculi pubis est toujours une chose facile. C'est là un préjugé contre lequel je ne songerais pas à protester si, en même temps que la confiance, il ne risquait d'engendrer l'incurie. C'est d'ailleurs notre tendance instinctive à nous médecins, que de nous leurrer d'un succès assuré dès que nous avons pu mettre la main sur un agent médicamenteux dont les propriétés paraissent contraires à celles que nous supposons aux causes de la maladie. Tels sont les parasiticides qu'on oppose aux maladies parasitaires. La tenacité du favus, de l'herpès tonsurant, la persistance, les fréquentes récidives de ces affections malgré l'emploi des agents réputés destructeurs de l'achorion et du trichophyton ont déjà, parmi les praticiens, dissipé plus d'une illusion à cet égard. Le tout est de savoir employer le spécifique.

« Pour m'en tenir au pediculus pubis, si je l'ai vu assez souvent céder avec facilité, je dois dire que plus d'une fois il résiste et désole les malades par ses retours d'autant plus ennuyeux qu'ils succèdent à des périodes de trois ou quatre jours pendant lesquelles, grâce à un traitement *à peu près* suffisant, le prurit avait diminué au point qu'on pouvait se croire guéri.

« Ici le secret consiste en deux points : l'emploi méthodique des frictions et les soins de propreté consécutifs.

« Les morpions se multiplient rapidement, il est vrai, mais leur génération procède par couvées successives. Or, ce n'est que vivants, que éclos, qu'ils sont accessibles à l'action des substances médicamenteuses qui les tuent : leurs germes, leurs larves échappent à cette action. Par conséquent, si vous vous bornez à une seule friction, quelque soigneuse qu'elle soit, elle pourra laisser intacts un certain nombre d'œufs qui, éclosant ensuite, régénéreront la race et reproduiront peu à peu la maladie. Pour obvier à ce danger je formule :

« User 50 grammes d'onguent napolitain en trois frictions ; l'une faite à sept heures du soir, la deuxième en se mettant au lit (vers onze heures), la troisième le lendemain matin.

« Éviter de vous essuyer dans l'intervalle. — Trois heures environ après la dernière friction, aller prendre un bain dans lequel vous vous nettoierez complétement avec du savon.

« Une fois la destruction faite des poux qui adhéraient aux poils, il faut enlever ceux qui se cachaient dans le linge et les vêtements. Changer complétement, après le bain, le linge de corps et de lit est une précaution nécessaire. On devra retourner le pantalon et le brosser soigneusement à l'intérieur, surtout au niveau des coutures. J'ai vu des cas où il fut nécessaire soit d'en changer, soit *de le faire passer au soufre* par un dégraisseur, pour pouvoir obtenir la guérison d'une *infection* pédiculaire qui persistait en dépit de la minutieuse observance des règles ci-dessus. »

PARASITES VÉGÉTAUX

FAVUS

Le *favus* (*tinea favosa*, *lupinosa*) est une affection contagieuse caractérisée par des croûtes d'un jaune soufré, arron-

dies, plus ou moins épaisses, sèches, pulvérulentes, d'une odeur de souris, déprimées en godet à leur centre et dues à la présence d'un parasite végétal (*achorion Schœnleinii*). Ces croûtes peuvent être isolées, disséminées (*favus dispersus*), ou être confluentes (*favus confertus*).

La teigne faveuse débute souvent d'une façon insidieuse par une rougeur érythémateuse plus ou moins étendue, de forme circulaire, et sur laquelle il se fait une légère desquamation furfuracée. Ainsi que l'a noté M. Bazin, il survient une éruption pustuleuse discrète qui précède l'apparition des godets faviques. Les cheveux deviennent ternes, ils sont plus secs et plus cassants. Peu de temps après on voit survenir sur le tégument de petits points jaunâtres avec une dépression centrale traversée par un poil. Cette dépression centrale a la forme d'un godet, elle constitue un des signes les plus caractéristiques de la teigne faveuse.

M. Bazin admet trois variétés de la teigne faveuse : la *variété urcéolaire*, qui est isolée, discrète : c'est la forme de début ; on l'observe à la périphérie des éruptions faviques ; la *variété scutiforme*, *nummulaire* (*porrigo scutulata*) ; enfin la *variété squarreuse* (*porrigo squarrosa*). Ces variétés ne sont pas admises par tous les auteurs ; M. le professeur Hardy, notamment, considère que les différences que présentent les deux dernières au point de vue de la forme tiennent simplement à l'âge du parasite.

L'examen des cheveux donne les résultats suivants : à mesure que les godets faviques se développent, les cheveux sont plus rares, ils sont décolorés, d'une couleur gris-souris, atrophiés, amincis, fragiles.

Les croûtes faviques exhalent une odeur fétide que l'on a comparée à celle de la souris, à celle de l'urine du chat, de moisissures, de matières animales en macération.

La présence du parasite, des applications irritantes, les grattages du malade donnent parfois naissance à des érup-

tions concomitantes : impétigo, ecthyma, etc., dont les sécrétions viennent se joindre aux croûtes faviques et contribuent, dans certains cas, à rendre le diagnostic plus ou moins difficile. Quelquefois aussi on y rencontre en quantité considérable des poux, dont la présence augmente encore l'irritation du cuir chevelu.

Quelle que soit la région du corps occupée par le favus, celui-ci présente toujours les phénomènes caractéristiques que nous avons signalés. Toutefois, c'est au cuir chevelu qu'on le rencontre le plus habituellement, mais on peut l'observer aussi partout où il existe des poils. Localisé le plus souvent à la tête, il est fréquent de voir le favus se propager sur les autres régions du corps par l'action du grattage. Ainsi il n'est pas rare d'observer le favus des ongles. Cette variété a été parfaitement décrite par M. Bazin qui en a lumineusement expliqué la genèse.

Au bout d'un temps plus ou moins long, les croûtes perdent cette dépression cupuliforme et la coloration jaunâtre qui les caractérisent ; elles pâlissent, deviennent rugueuses, irrégulières, tombent en partie, entraînant avec elles une partie des cheveux et laissent à découvert des surfaces lisses, rouges, enflammées, déprimées en certains points. A cette période, la papille qui a été atteinte par le parasite s'atrophie et il arrive un moment où, sous l'influence favique, le poil se détache, le follicule se détruit et il y a calvitie définitive.

Nous n'entrerons pas dans le détail des phénomènes qui caractérisent la marche du favus et des désordres qu'il produit sur le cheveu et sur la papille pylifère : on les trouvera admirablement décrits dans l'ouvrage de M. Bazin. (*Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées parasitaires.*)

Toutefois, si la teigne est récente et si les cheveux n'ont pas encore subi d'altération grave, ils peuvent se reproduire dans les mêmes conditions où ils existaient auparavant. Il

importe donc de commencer toujours le traitement aussitôt que possible.

La teigne peut guérir spontanément; sa durée, dans ce cas, est très-longue. Autrefois surtout il n'était pas rare de voir des adultes qui en étaient affectés depuis leur enfance. La guérison s'opère alors par la chute des cheveux et l'atrophie consécutive des follicules pileux, puis du cuir chevelu; mais le plus souvent on voit l'affection se généraliser et le favus passer successivement d'un point à un autre jusqu'à ce que l'alopécie soit complète.

M. Bazin, le premier, a démontré que le favus n'existe pas seulement dans les croûtes faviques, mais qu'on trouve le parasite sur la racine, sur le bulbe et jusque dans l'épaisseur du cheveu.

Depuis les remarquables travaux de M. Bazin, on peut dire que la teigne faveuse n'est plus une maladie grave, et même de toutes les teignes c'est la plus facile à guérir. La guérison d'ailleurs, sera d'autant plus rapide que l'affection est de date plus récente et occupe des régions plus limitées.

La teigne faveuse s'observe plus fréquemment dans l'enfance et l'adolescence ; on la rencontre aussi plus souvent chez les garçons que chez les filles, ce qui peut tenir à ce que chez les premiers on échange plus volontiers, entre camarades, les coiffures et les objets de toilette.

Si elle sévit plus dans les classes pauvres que chez les personnes aisées ou riches, il faut l'attribuer uniquement à ce que les soins de propreté et d'hygiène sont mieux observés chez les seconds et les contacts accidentels moins répétés. Elle est aussi plus fréquente dans les campagnes que dans les villes.

Quant à l'inoculation, dont nous n'avons pas à nous occuper ici, elle réussit toujours ainsi que l'ont démontré les expériences de MM. Bazin et Deffis et d'autres observateurs.

Traitement. — Autrefois le traitement de la teigne faveuse

était exclusivement empirique ; il ne pouvait du reste en être autrement en raison de l'ignorance où l'on était de la véritable nature de cette affection. Des théories erronées ou confuses sur la pathogénie de la teigne avaient naturellement donné naissance à des méthodes de traitement imparfaites ou incomplètes : aussi la guérison était-elle, dans la plupart des cas, incertaine ou du moins extrêmement tardive.

On épilait, il est vrai, depuis longtemps (à Paris, les frères Mahon employaient depuis plusieurs années divers procédés épilatoires, à Lyon et dans d'autres villes on avait et on a encore recours à la calotte), mais comme on employait indifféremment l'épilation pour toutes les maladies du cuir chevelu, il était très-difficile de pouvoir apprécier les résultats.

C'est à M. Bazin que revient l'honneur d'avoir le premier posé les règles scientifiques du traitement de la teigne. Le voici tel qu'il se pratique à l'hôpital Saint-Louis :

On commence par nettoyer la tête des croûtes qui la recouvrent, à l'aide de cataplasmes de fécule, de lotions émollientes, de bains. Immédiatement après la chute des croûtes on commence l'épilation (M. Bazin la fait précéder d'une application d'huile de cade, qui a pour but de rendre l'arrachement plus facile, partant moins douloureux). On coupe les cheveux en les laissant d'une longueur de deux centimètres environ ; on les arrache alors avec une pince à mords plats, soit isolés, soit deux ou trois à la fois. Il faut au moins trois ou quatre jours pour terminer l'épilation du cuir chevelu en entier. Chaque séance dure environ deux heures, avec de nombreux intervalles de repos. Pendant l'épilation, on fait des lotions avec une solution de sublimé :

Eau distillée.	200	»
Sublimé.	1	»
Alcool.	S. Q.	»

Quand l'épilation est terminée, on laisse reposer les ma-

lades pendant deux ou trois jours, en faisant dans l'intervalle des onctions avec du saindoux, ou, si l'irritation est trop vive, en appliquant des cataplasmes d'amidon ou de fécule de pomme de terre. Puis on fait chaque jour, matin et soir, une friction avec la pommade au turbith au 30°.

Quand les cheveux sont repoussés assez longs pour pouvoir être saisis de nouveau avec une pince, c'est-à-dire au bout de trois semaines à un mois, on pratique une nouvelle épilation. Notons en passant que la première épilation surtout est douloureuse, les autres le sont beaucoup moins.

On répètera une troisième et même une quatrième fois l'épilation, si cela est nécessaire et à peu près à la distance d'un mois.

Pour le favus des ongles, on coupe ou on lime la substance unguéale jusqu'à ce qu'on soit arrivé à la matière favique, que l'on attaquera alors par les lotions de sublimé.

Le favus du corps sera traité par l'épilation et les bains de sublimé ; en général, une seule opération suffit.

Dans le favus circonscrit du cuir chevelu, il n'est pas nécessaire d'épiler toute la tête ; des épilations partielles suffisent si l'on a soin d'enlever les cheveux dans un certain rayon autour des plaques cryptogamiques. La plus grande résistance des cheveux indique toujours que l'on est parvenu sur un terrain sain.

La durée moyenne du traitement de la teigne faveuse, à l'hôpital Saint-Louis, est de quatre à cinq mois ; quant aux récidives, elles paraissent assez rares, surtout si on les compare à celles de la teigne tondante.

Enfin — et c'est un des points les plus importants du traitement de cette maladie — à quels signes peut-on reconnaître qu'un sujet est guéri de son favus? Nous renvoyons pour la discussion de cette question au chapitre de la teigne tondante, afin d'éviter des répétitions.

TRICHOPHYTIE

(HERPÈS CIRCINÉ, HERPÈS TONSURANT ET SYCOSIS.)

Ces trois affections sont dues au même parasite, le *trichophyton*, qui a été découvert par Gruby, en 1839. C'est M. Bazin qui, le premier, a fait savoir que ces trois maladies, que l'on considérait avant lui comme distinctes, voire même comme non parasitaires, étaient caractérisées par un seul et même champignon; et il les a décrites sous le nom de teigne tonsurante, en précisant avec soin les différences que les variétés de siége peuvent imprimer à l'aspect extérieur de la maladie.

M. Hardy, partant du même principe, a groupé ces affections sous le nom générique de *trichophytie*, tout en les décrivant séparément sous les désignations de *trichophytie circinée*, *tonsurante* et *sycosique*.

Quelque défectueuses que soient les expressions de *herpès circiné*, *herpès tonsurant* et *sycosis*, nous croyons cependant devoir les conserver, comme étant encore employées par la plupart des médecins.

1° *Herpès circiné.* — Il se présente sous forme de petites taches rouges, arrondies, légèrement saillantes. Ces taches sont rugueuses et le plus souvent recouvertes de petites squames épidermiques : il se fait parfois aussi de légères poussées vésiculeuses, que leur existence éphémère ne permet pas toujours de reconnaître. Ces taches, à mesure qu'elles s'étendent par leur périphérie, guérissent au centre, tout en conservant leur forme circulaire. Elles forment alors des anneaux plus ou moins ronds, de dimensions variables, dont le bord un peu rouge s'élève légèrement au-dessus du niveau de la peau, tandis que le centre se rapproche graduellement du plan normal. Parfois, on trouve deux ou trois anneaux

concentriques, à développement successif et de nuances variées — *herpès iris parasitaire*, de M. Bazin — (que cet auteur recommande de ne pas confondre avec l'herpès iris de Bateman, qu'il considère comme une arthritide, variété de l'hydroa bulbeux). L'évolution s'accompagne d'une démangeaison plus ou moins vive.

L'herpès circiné peut se développer sur toutes les parties du tronc; on le rencontre surtout à la face, à la nuque, aux avant-bras, sur la poitrine, les épaules, dans la région inguinale. C'est aux grattages du malade qu'il faut le plus souvent attribuer le transport de la maladie d'un point à l'autre; il en est ainsi notamment pour le dos de la main dans les éruptions parasitaires de la face.

2° *Herpès tonsurant.* — Je crois devoir réserver le nom d'herpès tonsurant ou teigne tondante à la localisation du trichophyton au cuir chevelu.

Il commence par du prurit et des rougeurs érythémateuses, sur quelques parties du cuir chevelu. Les cheveux sont décolorés, ternes, secs, friables, brisés à quelques millimètres du cuir chevelu et en général engaînés dans un mélange de squames épidermiques et de spores qui les fait paraître plus courts qu'ils ne le sont en réalité. Si on cherche à les arracher à l'aide d'une pince, suivant l'intensité de la lésion, ils se cassent soit vers l'extrémité de la pince, soit dans leur partie intra-dermique. Les cheveux de la plaque sont enchevêtrés les uns dans les autres et présentent un aspect *broussailleux* caractéristique. Il se forme ainsi, après une certaine durée de la maladie, des plaques arrondies assez semblables à une tonsure; mais au début, il a fallu beaucoup d'attention pour constater la présence de quelques cheveux rompus au milieu de ceux qui sont encore indemnes. En ces points, le cuir chevelu est légèrement tuméfié, sa coloration est plus foncée, elle devient bleuâtre, ardoisée; très-souvent ces places sont recouvertes d'une couche épaisse de squames qui leur don-

nent une apparence pityriasique. Elles forment des disques ou des arcs de cercle plus ou moins réguliers, de dimensions variables, qui s'accroissent du centre à la périphérie. Dans certains cas rares, on observe des poussées vésiculeuses ou pustuleuses, qui donnent à ces plaques l'aspect d'un eczéma ou d'un impétigo. Il est facile de comprendre que la présence du parasite peut déterminer des éruptions variées, suivant les individus. Il y a, en général, plus d'une plaque d'herpès tonsurant sur le cuir chevelu; la réunion de plusieurs plaques donne souvent lieu à des surfaces irrégulièrement étendues, mais conservant toujours une forme circulaire qui est le caractère commun à toutes les plaques d'herpès tonsurant.

3° *Sycosis parasitaire.* — Le sycosis parasitaire survient dans la dernière période de l'herpès tonsurant. Certains malades peuvent rester indéfiniment à la période herpétique ou pityriasique, même lorsque l'affection a son siége à la face. Chez d'autres, au contraire, la lésion passe très-rapidement à la période tuberculeuse ou sycosique, et cela sans qu'on connaisse les conditions qui président à ces différences.

Le sycosis parasitaire peut débuter soit par des éruptions érythémateuses de différentes formes, soit par des vésicules, des pustules et même des papules. Dans ce dernier cas on retrouve presque toujours, dans le voisinage, des arcs de cercle ou des disques érythémateux ou herpétiques qui sont un des meilleurs éléments de diagnostic de la nature parasitaire du sycosis.

Quelle que soit la lésion cutanée symptômatique produite par la présence du parasite végétal, le poil s'altère bientôt, il devient terne, sec, cassant, se recouvre d'une espèce de duvet blanchâtre, cryptogamique qui l'enveloppe à sa base et lui forme une gaine amiantacée plus ou moins complète.

Mais à ces altérations succèdent bientôt d'autres phénomènes : c'est à ce moment que se développe en réalité l'affec-

tion connue sous le nom de *sycosis*. Il se produit alors une véritable éruption pustuleuse ; ces pustules sont recouvertes de croûtes, elles occupent la base des poils, parfois elles sont disséminées dans la barbe, d'autrefois elles se réunissent par groupes et forment des plaques plus ou moins étendues. Dans d'autres cas, au lieu de pustules, ce sont de véritables nodosités, rouges, volumineuses dont la présence détermine un aspect inégal, mamelonné. L'inflammation est quelquefois très-vive; aussi la présence des pustules, des nodosités et des éruptions furonculeuses (surtout lorsque les parties sont ulcérées) donne à la face un aspect repoussant. — C'est le follicule pileux qui est évidemment le point de départ de la maladie. Les poils sont altérés, ils se détachent alors et parfois même tombent facilement. Si à cette période on recherche le champignon, il n'est point rare de ne pas le rencontrer. Que s'est-il donc passé dans ce cas? M. Bazin l'a, croyons-nous, expliqué d'une manière péremptoire : « Une sécrétion purulente assez abondante a lieu, dit le savant monographe des *Maladies cutanées parasitaires*, dans le follicule dont les parois sont enflammées dans toute leur étendue. Le pus sécrété joue, à l'égard du champignon qu'il baigne, le rôle d'un agent parasiticide. Le cryptogame est donc détruit, au moins en très-grande partie; et il est, sinon impossible, au moins très-difficile de trouver des spores sur les poils. » C'est ce fait important, capital : *destruction plus ou moins complète du parasite par le pus*, si bien mis en lumière par M. Bazin, qui permet de comprendre certaines guérisons spontanées du sycosis.

Dans certains cas les diverses affections dont nous venons d'esquisser rapidement les caractères principaux, se rencontrent sur le même individu; la coexistence d'une ou de plusieurs de ces éruptions n'a rien d'étonnant puisqu'elles reconnaissent toutes pour cause le même élément morbide, le trichophyton.

L'herpès circiné, l'herpès tonsurant et le sycosis parasitaire n'exercent pas d'influence directe sur la santé générale. Abandonnés à eux-mêmes ils peuvent, il est vrai, guérir spontanément, mais en provoquant l'alopécie du cuir chevelu ou de la barbe ; il importe donc, surtout à ce dernier point de vue, d'agir aussitôt que possible.

La teigne tondante est une maladie de l'enfance, on ne la rencontre pas habituellement chez l'adulte. Le sycosis parasitaire attaque presque exclusivement l'homme ; l'herpès circiné se rencontre à peu près indifféremment chez l'homme, la femme et l'enfant.

Si dans les teignes il est nécessaire, comme nous l'avons déjà dit, d'isoler les malades, cette précaution est surtout indispensable quand il s'agit de sujets, d'enfants atteints de trichophytie et notamment de la teigne tondante. Il faut, du reste, avoir soin de tenir la tête des malades toujours recouverte, soit d'un bonnet soit d'un topique adhésif, afin d'empêcher la contagion.

Traitement. — De même que pour la teigne faveuse, la thérapeutique de la trichophytie repose tout entière sur la destruction du parasite. Au début, notamment dans l'herpès circiné, alors qu'il n'existe encore qu'une ou deux plaques d'herpès, on pourra employer un traitement abortif à l'aide du crayon de nitrate d'argent que l'on passera sur les parties malades. Quoique la lésion soit cependant encore assez superficielle, il faut cautériser énergiquement si l'on veut détruire le parasite ; aussi ce procédé a-t-il l'inconvénient de laisser quelquefois des cicatrices. M. Gailleton recommande d'employer, à cette période de la maladie, un emplâtre de Vigo qui agirait tout à la fois comme parasiticide et comme moyen de protection en empêchant la dissémination des spores; mais, on le sait, rien n'est plus capricieux, plus variable que l'effet local à attendre de l'emplâtre de Vigo.

Mais l'emploi de l'épilation est jusqu'à présent le mode de

traitement le plus rationnel et le plus efficace auquel on puisse avoir recours; on y ajoutera, bien entendu, l'usage des préparations parasiticides pour détruire dans les follicules les éléments parasitaires qui n'auraient pas été entraînés avec les cheveux. Les lésions trichophytiques peuvent, il est vrai, guérir sans que l'on ait recours à l'avulsion des poils, mais on doit considérer l'épilation comme indispensable dans un certain nombre de cas et dans tous comme abrégeant notablement la durée du traitement. Depuis longtemps, du reste, l'épilation était un des éléments essentiels du traitement Mahon. La thérapeutique, d'ailleurs, variera suivant la nature des éruptions provoquées par le trichophyton. Quelques auteurs avaient aussi fait mention antérieurement de l'épilation pour la cure des teignes, mais c'est à M. Bazin que revient l'honneur de l'avoir érigée en méthode rationnelle. Avant d'épiler, il fait presque toujours recouvrir la tête ou toute autre partie malade d'une couche d'huile de cade pour faciliter l'opération et la rendre moins douloureuse.

L'herpès circiné guérit quelquefois spontanément. Le plus souvent on peut obtenir sa guérison dans l'espace de deux à sept semaines, à l'aide de moyens divers tels que : la pommade au turbith (1 à 3 gram. sur 30 gram. d'axonge), au soufre (2 gram. de soufre sublimé pour la même quantité d'excipient), des lotions au sublimé (1 gram. sur 100 à 500 gram. d'eau distillée), etc.

M. Hardy emploie de préférence dans ces cas une pommade sulfo-alcaline comme celle usitée contre la gale :

Dans l'herpès circiné — quand il existe sur des régions autres que le cuir chevelu et la barbe et qu'il occupe des surfaces étendues — l'épilation n'est pas toujours nécessaire, et l'on peut se borner aux frictions et aux lotions parasiticides. Du reste, dans les affections parasitaires de la face qui ne sont pas encore arrivées à la période sycosique, M. Bazin

s'abstient de l'épilation, à moins que la lésion ne soit très-limitée et restreinte à deux ou trois petits cercles.

Dans la localisation du trichophyton au cuir chevelu, il importe de pratiquer l'épilation aussitôt que possible et sur toute l'étendue des surfaces affectées. L'épilation *à la pince* est souvent alors très-difficile et il est même des cas où il est impossible de saisir un seul cheveu sans le casser. Aussi M. Gailleton[1] conseille-t-il de lui associer l'emplâtre de Baumès, qu'il applique immédiatement après. Toutefois nous pensons, contrairement à notre savant confrère, que l'on doit conseiller l'épilation à la pince dans les premières périodes de la trichophytie tonsurante, alors qu'il y a encore des cheveux, et non, comme il l'indique, lorsque la maladie est déjà avancée ; il ne reste plus, en effet, à ce moment, que des cheveux brisés presque au niveau du cuir chevelu, par conséquent impossibles à saisir, ou des poils follets extrêmement friables. L'emplâtre agglutinatif de Baumès peut, dans ces circonstances, rendre de très-bons services et on doit le préférer à l'épilation à la pince.

Dans cette variété de la trichophytie, l'avulsion des poils est indispensable, bien que la guérison soit spontanée, soit à l'aide d'autres moyens, puisse s'observer ; mais dans ces cas elle n'a lieu qu'après un temps très-long.

Dans la teigne tondante, l'épilation présente des difficultés que l'on ne rencontre ni dans la forme sycosique de la trichophytie, ni dans la teigne faveuse. Les poils étant extrêmement friables, il est fort difficile de ne pas les casser en en faisant l'avulsion ; aussi plusieurs épilations très-soignées sont-elles nécessaires pour arriver à enlever tous les cheveux malades.

On doit aussi avoir soin d'épiler les cheveux qui entourent la plaque trichophytique, afin de ne laisser autant que pos-

[1] *Des affections cutanées produites par le trichophyton*, p. 24.

sible aucun parasite dans le voisinage ; c'est-là une précaution non pas absolument indispensable, mais dont l'utilité paraît très-rationnelle, s'il est vrai, comme on l'admet généralement, que la propagation de la trichophytie a lieu par les follicules pileux.

L'épilation se fait par petites surfaces, en ayant soin de la faire suivre chaque fois d'une lotion parasiticide, de sublimé au 3 ou 4 centième que l'on applique avec une petite éponge ou une brosse douce. On recommence ainsi plusieurs fois jusqu'à la fin de la séance. Ces lotions de sublimé sont continuées, matin et soir, pendant deux ou trois jours après que l'épilation est terminée ; puis on les remplace par des onctions avec la pommade au turbith.

Quelques heures après l'épilation, on fait une onction avec la pommade cadique :

Axonge	20 grammes.
Huile de cade.	2 »

(Bazin.)

ou mieux, avec la pommade au turbith :

Axonge.	15 grammes.
Huile d'amandes douces. . . .	ãã 2 »
Glycérine.	
Turbith minéral.	0. 50 centigr.

(Bazin.)

M. Hardy emploie de préférence la pommade sulfo-alcaline.

A quel moment faut-il cesser l'épilation ? C'est-là un point fort important, et sur lequel M. Bazin a donné des indications très-précises :

Après chaque épilation, dit-il, les cheveux se reproduisent avec des altérations de moins en moins prononcées. Au début ils étaient frisés, coudés, tortillés sur toute l'étendue des plaques malades ; maintenant on voit successivement diminuer

le nombre de ceux qui sont altérés jusqu'à ce que tous présentent l'aspect normal. L'apparence rugueuse, qui était due à l'érection des follicules malades, s'efface aussi graduellement. En même temps, la coloration brunâtre, ardoisée du cuir chevelu, disparaît complétement. C'est là un symptôme en quelque sorte pathognomonique de la guérison et auquel on doit attacher une grande importance.

Dans le sycosis, la première indication à remplir est de combattre, si elles sont intenses, les affections concomitantes, les phénomènes inflammatoires. Dans ce but on aura recours aux préparations émollientes, comme pour le favus : cataplasmes de fécule, de pomme de terre, lotions émollientes, bains, purgatifs légers; on institue ensuite l'épilation que M. Bazin commence en général dès le début, après application préalable d'huile de cade. En même temps, on fait des lotions ou des onctions parasiticides.

Souvent, comme nous l'avons déjà indiqué, la suppuration qui a envahi le follicule pileux a fait disparaître le champignon; néanmoins l'épilation est encore nécessaire, car il faut enlever le poil qui agit alors comme corps étranger et contribue puissamment à entretenir la folliculite.

L'épilation joue donc encore ici le principal rôle, mais elle n'est pas toujours aussi simple et aussi facile qu'on pourrait le supposer. J'ai vu plusieurs malades chez lesquels l'épilation était presque impossible, tant les souffrances qu'elle provoquait étaient cuisantes. Chez un sujet entre autres que j'ai observé dans le service de M. Lailler, on avait essayé, mais sans succès, tous les anesthésiques locaux : éther pulvérisé, mélanges réfrigérants, applications émollientes et calmantes, etc.

En raison de toutes ces circonstances il est bien difficile, sinon impossible, de déterminer d'une manière précise la durée du sycosis. D'une manière générale, il est bien évident qu'elle sera surtout en rapport avec le genre de traitement

employé. Si l'on se borne aux lotions parasiticides, la mentagre peut durer indéfiniment, toujours un temps plus long que si on y adjoint l'épilation préalable.

Mais si avec l'épilation aidée de préparations parasiticides on obtient toujours la guérison de la teigne tondante, il est certain aussi que dans quelques cas cette épilation est difficile à pratiquer. A Paris, à Lyon, etc., dans les grands centres en un mot, où se trouvent des hôpitaux spéciaux, on a sous la main un personnel nombreux, intelligent, habitué à se servir des pinces épilatoires ; mais dans les petites villes, dans les campagnes, croit-on qu'il soit facile de trouver des personnes aptes à faire cette délicate opération ? Le premier venu ne peut pas savoir épiler et il faut non-seulement de l'adresse, mais une certaine habileté pour épiler convenablement un teigneux. La calotte est un moyen douloureux et dont l'application n'est pas toujours facile. Aussi ce mode de médication ne saurait-il être considéré comme le dernier mot du traitement des teignes, et on doit regarder comme un véritable progrès le moyen qui permettrait de guérir ces affections sans avoir recours à l'épilation.

C'est, du reste, vers ce but que paraissent tendre les recherches des dermatologistes modernes.

Après de nombreux et méthodiques essais, M. Lailler a remplacé l'épilation par la rasure. Après avoir fait raser les plaques dans une étendue un peu plus considérable que la lésion elle-même, il fait pratiquer matin et soir sur les parties malades des onctions avec une pommade composée avec parties égales d'axonge et de chlorure de sodium. Ces frictions déterminent au bout de quelques jours une inflammation de la peau, une dermite qui détruit le parasite et amène ainsi la guérison ; la durée du traitement paraît être la même que par les procédés ordinaires ; toutefois sous l'influence de la pommade au chlorure de sodium les cheveux repousseraient mieux

M. Lailler a encore essayé une pommade plus irritante, avec l'huile de croton au quart, au tiers et même à la moitié. Il faut qu'elle ait une certaine consistance, qu'elle ne *coule* pas, afin d'éviter toute irritation sur les parties voisines. Appliquée sur les plaques rosées, celles-ci deviennent animées, rouges, enflammées, il survient une dermite parfois même assez intense. C'est là du reste un des inconvénients de cette préparation, sur lesquels M. Lailler a appelé l'attention; la dermite pourrait en effet, si elle persistait trop longtemps, entraîner à la longue l'oblitération des follicules pileux et par suite une calvitie partielle. Cette pommade n'est appliquée que deux ou trois fois au plus et d'une manière successive. En un mot, il ne s'agit que de provoquer une poussée, aussi dès que la pustulation apparaît, M. Lailler a soin de faire cesser le remède.

La pommade à l'huile de croton paraît du reste favoriser l'épilation, les cheveux se détachent plus facilement ; aussi M. Lailler emploie-t-il de préférence aujourd'hui ces deux méthodes combinées dans le traitement de la teigne tondante.

Un autre remède populaire, en Angleterre, est l'application de l'encre noire, qui agit par l'acide tartrique qu'elle contient. Balmanno Squire conseille de laver les plaques avec de l'acide acétique dilué ou avec du savon mou et d'essuyer ensuite avec un linge rude. Selon lui, ces remèdes agissent en dissolvant les squames et les couches superficielles de l'épiderme, et détachent ainsi avec les cellules, les produits parasitaires qui se développent sur eux.

On a proposé encore contre la teigne tondante la pommade de phénate de soude au 6e, sans épilation (Bourbier). Des solutions concentrées de borax ; des lotions avec l'hyposulfite de soude (16 grammes sur 200 grammes d'eau). On a conseillé aussi de raser autour d'une tache une zone de cheveux sains et de faire sur la surface ainsi mise à nu une friction énergique avec l'huile de goudron ou une autre essence

hydrocarbonée. Alors on recouvre la plaque d'une poudre composée de tannin, d'iode et de gomme arabique, que l'on humecte avec quelques gouttes d'huile et que l'on applique énergiquement à l'aide d'un bouchon de liége, en frottant fort. On répète cette application plusieurs fois de suite jusqu'à ce que la plaque ait été recouverte d'une couche de pâte épaisse de 3 millimètres environ et on laisse sécher. Cette croûte doit rester en place trois ou quatre jours, puis on fait une nouvelle application. L'avantage de ce mode de traitement serait de n'exiger que des pansements rares, de ne pas irriter et d'éviter l'auto-inoculation (in *Practitioner*, 1874).

Le docteur Dyce Duckworth conseille pour la teigne tondante le traitement suivant : couper les cheveux très-courts ; deux fois ou au moins une fois par jour, bien savonner la tête avec du savon de pétrole et ensuite la laver avec de l'eau chaude. Une fois sèche, chaque place malade est frottée avec une éponge imbibée de la solution suivante :

Acide acétique.	1 gramme.
Eau de roses.	10 »

Sur le reste de la tête on fait des onctions avec de l'huile.

L'auteur a renoncé à l'épilation qui est souvent très-difficile sinon impossible et parfois très-douloureuse (in *Saint Bartholomew Hosp. reports*, vol. X, 1874).

Enfin, le docteur Gee recommande contre la teigne tondante la méthode suivante : couper les cheveux très-courts ; laver le cuir chevelu avec de l'eau chaude et du savon deux fois par jour ; faire une friction énergique avec une pommade au sulfo-cyanure de potassium, en ayant soin de ne pas essuyer (in *Lancet*, février 1874).

La durée de la teigne tondante, quel que soit le mode de traitement employé, est toujours longue. Elle peut varier de huit mois à deux ans ; période assez prolongée, il est vrai, mais qui sera loin de paraître démesurée à ceux qui

se rappellent la lenteur et l'insuffisance des méthodes anciennes.

Enfin, à quels signes peut-on reconnaître qu'un individu atteint de favus ou de trichophytie est complétement guéri? C'est là, on le comprend, une des questions les plus importantes à résoudre; le renvoi dans sa pension ou dans un asile d'un enfant encore malade, pouvant avoir, au point de vue de la contagion, les plus grands inconvénients.

Tant que l'on trouve des cheveux courts, d'inégale longueur, se cassant par la traction, que les tonsures ne sont pas entièrement recouvertes, il faut être très-prudent, très-réservé sur son jugement et tenir les malades en observation jusqu'à ce qu'il ne reste pas le moindre doute sur une guérison complète. Le retour du cuir chevelu à son apparence normale est également une très-précieuse indication.

PITYRIASIS VERSICOLOR

A côté du favus et du trichophyton, qui donnent lieu à des affections cutanées variées dont le siége le plus habituel est au cuir chevelu et dont un des traits caractéristiques est la pénétration du parasite dans les follicules pileux (teignes), il existe une affection parasitaire (le *pityriasis versicolor*) produite par un autre parasite végétal, le *microsporon furfur*, découvert en 1846 par Eichstedt.

Ce parasite, *épidermophyton* de M. Bazin, a son siége presque exclusif dans l'épiderme; on le trouve quelquefois, mais rarement, sur les poils follets (Bazin).

Le *pityriasis parasitaire*, *pityriasis versicolor*, se présente sous l'aspect de taches de nuances et de formes variées. Elles sont en général jaunâtres, café au lait, quelquefois brunes et même noirâtres. Dans d'autres circonstances, leur coloration est si peu marquée qu'on a quelque peine à le-

distinguer de la teinte des tissus environnants. Ces taches sont de dimensions et de configurations extrêmement variables. Parfois ce sont de petits points isolés disséminés sur différentes parties du corps ; d'autres fois elles ont l'étendue d'une pièce de cinq francs, de la paume de la main ; elles peuvent même recouvrir le tronc tout entier. Leurs contours sont en général irréguliers, sinueux, comme ceux d'une carte de géographie ; ils ne présentent jamais cette disposition annulaire, circinée, en arcs de cercle, des autres affections parasitaires. Sur ces plaques il se fait, soit spontanément, soit par le grattage, une exfoliation de squames épidermiques petites, minces, plus ou moins foncées, et renfermant en grande quantité des éléments parasitaires.

Ces taches s'observent sur toutes les régions du corps, mais leur siége de prédilection est au tronc et au cou.

Le pityriasis versicolor s'accompagne habituellement d'un léger prurit. C'est une affection qui récidive avec la plus grande facilité. Ces récidives ont été expliquées différemment par les auteurs. D'après M. Bazin, cela tiendrait à ce que le cryptogame n'a pas été complétement détruit, à ce que des germes auraient échappé aux agents parasiticides.

M. Hardy, tout en admettant la nature parasitaire de l'affection, pense que le parasite n'est, dans ce cas, qu'un phénomène accessoire se développant secondairement sur des squames d'une maladie dartreuse. Cependant, jusqu'à démonstration plus complète de l'opinion de M. Hardy, celle de M. Bazin paraît la plus conforme à l'observation des faits.

Traitement. — Détruire le parasite est encore ici l'indication fondamentale. Les préparations mercurielles ou sulfureuses suffisent pour obtenir la guérison. On les emploie sous forme de lotions, de pommades ou de bains.

Le sublimé fait en général disparaître assez rapidement le pityriasis versicolor, en solution à la dose de 1 gramme sur 500.

M. Hardy se sert soit de la pommade sulfureuse suivante :

Axonge.	30 grammes.
Soufre sublimé.	2 »

soit de la pommade oxygénée ou nitrique :

Axonge.	30 grammes.
Acide nitrique.	10 à 12 gouttes.

Les bains avec frictions savonneuses rudes ou des bains additionnés de sublimé donnent également de bons résultats.

M. Besnier a recours à des frictions avec le savon ponce faites dans le bain.

M. Lailler, dans le cas où la plaque pityriasique est peu étendue, a obtenu des guérisons par des applications de teinture d'iode répétées trois ou quatre fois, à quelques jours d'intervalle.

MALADIES A ÉLÉMENTS PARASITAIRES INDÉTERMINÉS.

PITYRIASIS CAPITIS

Jusqu'à ces derniers temps la variété susnommée de pityriasis était considérée comme une forme simple de cette affection. Les travaux de M. Malassez tendent aujourd'hui à faire admettre la nature parasitaire de la maladie. Nous pensons cependant que les spores trouvées par cet habile observateur ne jouent ici qu'un rôle secondaire et ne sont pour rien dans l'étiologie de l'éruption. Toutefois nous avons cru, en raison de la présence du cryptogame, devoir rapprocher cette forme du pityriasis simple, de la pelade dans laquelle le rôle du parasite n'est pas encore non plus parfaitement démontré.

Comme groupement, les spores observées par M. Malassez se rapprocheraient de celles du microsporon furfur ; mais

elles sont d'un volume beaucoup moins considérable et jusqu'à présent on n'a pas trouvé de mycelium.

Chez les individus atteints de pityriasis de la tête, le cuir chevelu présente une sécheresse habituelle, et l'épiderme s'exfolie sous l'aspect de petites squames minces, très-sèches, analogues à des pellicules de son. Ces pellicules tombent très-facilement; les vêtements en sont presque toujours recouverts au niveau du cou. Chez quelques individus, cette desquamation épidermique entraîne la chute des cheveux et amène graduellement une alopécie partielle. Le pityriasis s'accompagne presque toujours de démangeaisons assez vives.

Il ne faut pas confondre cette forme de pityriasis avec la desquamation furfuracée qui caractérise la dernière période de l'eczéma et dont il a déjà été question.

Comme *traitement*, M. Malassez recommande surtout l'emploi d'une pommade au turbith :

Beurre de cacao.	ãã 20 grammes.
Huile de ricin.	
Huile d'amandes douces.	
Turbith minéral	1 »

Matin et soir, onctions sur le cuir chevelu. Trois fois par semaine, savonnage de la tête. Il est préférable de faire tenir les cheveux courts et de brosser fortement la tête pour détacher les pellicules. Au début il se produit une exagération de la chute des cheveux, mais ce n'est là qu'un phénomène temporaire et les cheveux repoussent ensuite facilement sous l'influence de ce traitement.

Une fois les squames tombées, on peut avoir recours à des lotions ou à des pommades excitantes (V. *Alopécie*), pour favoriser la pousse des cheveux; mais, en raison de la sécheresse du cuir chevelu, il est préférable d'employer un corps gras contenant des principes toniques plutôt que des lotions alcooliques, à moins de faire suivre ces dernières d'une application de pommade.

M. Lailler a obtenu aussi de bons résultats de l'usage du bois de Panama (200 grammes pour un litre d'eau), qu'on fait bouillir dans l'eau jusqu'à réduction d'un quart; on passe, on laisse refroidir, pour frictionner, une fois par semaine, le cuir chevelu. Si les cheveux tombent beaucoup et surtout si le malade est un homme, on fait couper les cheveux très-courts. Dans ce cas on ajoute au traitement des frictions renouvelées matin et soir avec le baume opodeldoch ou mieux encore avec la teinture excitante (V. p. 785).

Dans ces derniers temps, M. Martineau a conseillé les solutions chloralées qui lui ont donné des résultats excellents :

Eau.	500 grammes.
Hydrate de chloral.	25 »

Deux cuillerées à bouche dans un demi-verre d'eau tiède en frictions sur le cuir chevelu.

Le chloral dans ces cas agit comme parasiticide, mais surtout comme modificateur de la surface cutanée et en provoquant un certain degré d'irritation dans les follicules pileux.

PELADE

Sous le nom de *pelade*, *porrigo decalvans*, de Bateman, *alopécie areata*, des auteurs allemands, on comprend aujourd'hui une affection des parties pileuses qui, à sa période d'état, peut se présenter sous deux formes différentes.

Dans un cas, c'est une surface glabre, d'un blanc laiteux, éburnée, circonscrite, arrondie; sur ces plaques et à leur périphérie on observe quelques rares cheveux, courts, renflés en massue, non friables, s'arrachant facilement et présentant alors une racine atrophiée, déformée; —*pelade achromateuse*, de M. Bazin. C'est à cette affection que ce dermatologiste a rattaché ce qu'il appelle la *teigne tondante pseudo-pelade*.

Dans le second cas, la lésion se traduit par de larges surfaces dénudées, à bords irréguliers, envahissant rapidement

les parties voisines et amenant dans un laps de temps très-court une calvitie complète; — *pelade décalvante*. Dans cette dernière variété, les poils tombent très-vite, par mèches ou d'une manière diffuse et sans avoir présenté d'altération appréciable.

La pelade est quelquefois précédée de fourmillements, de chaleur, d'un léger prurit.

L'évolution de cette affection peut durer de quelques jours à une année; parfois la perte totale des cheveux a lieu dans l'espace de une à deux semaines.

Elle peut envahir toutes les parties velues; le plus ordinairement elle a son siége au cuir chevelu, où elle forme une ou plusieurs plaques de la dimension d'une pièce d'un franc à celle d'une pièce de cinq francs et plus. — La forme achromateuse est beaucoup plus fréquente que l'autre.

Quelle est la nature de la pelade? D'après M. Bazin, ce serait une affection absolument parasitaire, caractérisée par la présence du *microsporon Audouini*. Les auteurs allemands, américains et la plupart des dermatologistes anglais rejettent cette opinion. En France, on admet généralement le parasitisme de la pelade.

Il est incontestable qu'on trouve quelquefois des spores dans les squames épidermiques des plaques peladiques; ces spores ne se trouvent jamais dans l'intérieur des cheveux, toujours à la surface (Lailler).

Ces spores sont-elles la cause de la maladie ou bien le champignon est-il un produit morbide, ainsi que l'admettent les auteurs qui considèrent la pelade comme un simple trouble de nutrition, une trophonévrose? Il est encore impossible de se prononcer dans l'état actuel de la science; des recherches plus précises sont nécessaires pour élucider ce point capital. Cependant il est certain qu'on trouve des spores; mais il est vrai d'ajouter que dans bon nombre de cas on n'en rencontre pas; quant aux faits de contagion ils n'ont peut-

être pas été recueillis avec une assez grande exactitude, ils ne sont pas assez précis pour permettre d'affirmer la contagiosité de la pelade. Et puis combien de fois n'a-t-on pas observé des exemples de non contagion dans des conditions où il est inexplicable qu'elle ne se soit pas produite? A Saint-Louis, à l'Antiquaille, la teigne tondante se transmet dans les salles des teigneux avec la plus grande facilité, la pelade jamais. Une autre objection non moins sérieuse est que la pelade n'est pas inoculable, du moins les expériences faites par M. Horand tendraient à le démontrer, tandis que l'on a inoculé avec succès le favus et le trichophyton, ainsi que le prouvent les expériences faites à Lyon par MM. Saint-Cyr, R. Tripier et Gigard, Horand, Conche, etc.

Traitement. — M. Bazin emploie l'épilation, puis des onctions avec la pommade au turbith. Mais « on n'épile pas l'ivoire », a dit avec beaucoup de justesse M. Bergeron; aussi la plupart des dermatologistes ont-ils renoncé à ce mode de traitement.

M. Lailler emploie la rasure suivie des frictions excitantes (Voy. p. 785).

M. Vidal obtient aussi de bons résultats de l'application des vésicatoires sur les surfaces dénudées; mais on doit, croyons-nous, réserver ce moyen pour les cas où l'affection est limitée.

M. Ernest Besnier rejette également l'épilation, selon lui, tout à fait illusoire. Voici comment il opère :

S'il n'y a qu'une seule plaque de pelade, il fait raser les cheveux dans l'étendue de deux à trois centimètres tout autour de la partie malade. Aussitôt après la rasure on lotionne avec la solution de sublimé (1 gram. sur 100 gram. d'eau distillée). On renouvelle la rasure tous les trois ou quatre jours. Dans l'intervalle, la tête est lavée en entier, tous les matins, avec du savon mou de potasse purifié par l'alcool; tous les soirs on fait sur la partie rasée une application de pommade au tur-

bith (1 gram. sur 30 gram. d'axonge). Si les plaques sont multiples, ou même s'il s'agit d'un sujet du sexe masculin n'ayant qu'une seule plaque, le procédé le plus sûr consiste dans la rasure complète de la tête, seul moyen qui permette de surveiller exactement l'état des parties malades, et qui facilite singulièrement l'emploi des applications ci-dessus indiquées.

Enfin, si les conditions particulières du sujet le permettent, on accélère considérablement la guérison en donnant des douches en pluie, simples ou sulfureuses, sur la partie atteinte et en soumettant le malade aux préparations de fer, de quinquina et à l'huile de foie de morue.

Les auteurs qui repoussent d'une manière absolue la présence d'un parasite se bornent à des applications excitantes sur le cuir chevelu afin de provoquer l'irritation des follicules pileux. Dans ce but, on a proposé les lotions de sublimé, d'acide phénique, le goudron, l'alcool de térébenthine, une solution concentrée d'ammoniaque (Duckworth), la teinture de colchique, d'aconit, de cantharide, etc. (10 à 40 gouttes pour 30 grammes d'alcool), etc. M. Horand recommande des applications d'huile de croton, qu'il emploie de la manière suivante :

On applique sur la plaque peladique un morceau d'amadou imprégné légèrement d'huile de croton, on le fixe avec un bandage et on laisse le tout en place jusqu'au lendemain ; on constate alors une éruption pustuleuse plus ou moins confluente sur la surface de la plaque et à la périphérie. Les jours suivants, on fait une onction avec l'huile d'amandes douces, si la peau est exulcérée ; dans le cas contraire, on laisse l'éruption suivre son cours naturel. Une fois l'éruption guérie, on renouvelle l'application d'huile de croton et on continue jusqu'a ce que les cheveux repoussent. Lorsque la pelade commence à entrer dans la période de guérison on peut remplacer les pansements ci-dessus par des frictions avec un mélange d'huile de croton

et d'huile d'amandes douces (huile de croton 10 grammes, huile d'amandes douces 30 grammes), dont l'action serait alors suffisante pour produire l'irritation des follicules pileux. Mais cette méthode est passible des mêmes reproches que le thapsia et les vésicatoires; on ne peut y avoir recours que lorsque les plaques sont peu nombreuses et occupent des espaces limités; dans la pelade décalvante elle serait d'une application difficile, voire même impossible.

En résumé, le traitement repose principalement sur l'emploi de topiques excitants ayant tous pour but de déterminer un certain degré d'inflammation, d'irritation du cuir chevelu et des follicules pileux. Ce qu'il importerait de connaître, c'est non-seulement quels sont de ces topiques ceux qui amènent la guérison dans le temps le plus court, mais encore ceux qui mettent le plus à l'abri des récidives ; car les récidives de la pelade ne sont pas rares et surviennent quelquefois longtemps après la guérison (une ou plusieurs années).

La durée de la pelade est très-variable, de deux mois à des années. La guérison est la règle, mais il arrive quelquefois que sur un ou deux points du cuir chevelu il reste, sans qu'on puisse en connaître la cause, de petites plaques d'alopécie définitive, et ceci de préférence à la nuque.

DE L'EMPLOI DES EAUX MINÉRALES

DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES DE LA PEAU.

Les eaux minérales, appliquées au traitement des maladies de la peau, ne trouvent leur emploi que dans celles de ces affections qui ont un caractère chronique et particulièrement constitutionnel. Elles excluent les éruptions cutanées accompagnées de phénomènes fébriles plus ou moins intenses, sous la prédominance d'une cause générale de nature spécifiée, telles que la rougeole, la scarlatine, la variole, etc. Il en est de même des éruptions symptomatiques de certains états morbides aigus (herpes labialis, sudamina, purpura). Dans les simples inflammations locales, parmi lesquelles se rangent l'érythème, l'urticaire, l'ecthyma, les furoncles, le pemphigus, elles n'interviendront qu'en dehors de la période d'acuité et pour combattre les prédispositions qui entretiennent le retour ou l'intensité de ces affections. Pour les cancroïdes de la peau ou les différentes formes de cancer propres au tégument externe, il ne saurait être utilement question des eaux minérales, s'agit-il même des plus minéralisées. Nous en dirons autant des maladies parasitaires (gale, sycosis parasitaire, herpès circiné, favus, etc.), où l'indication principale a pour objectif la destruction du parasite. Les macules et les difformités de la peau, soit congéniales, soit accidentelles, ne s'adressent pas non plus à ce mode de traitement, sinon par exception. L'ichthyose se modifie momentanément sous l'in-

fluence des eaux minérales, mais l'action de ces dernières ne parait pas être beaucoup plus durable que celle des bains ordinaires. Quant aux affections cutanéesqui ne s'observent pas dans nos contrées (lèpre turberculeuse, pian, bouton d'Alep, etc.), les renseignements de médecine thermale font défaut à leur sujet. Il existe seulement des exemples d'amélioration recueillis dans certains cas d'éléphantiasis, traités par les eaux sulfurées et chlorurées.

Ce sont les affections génériques de la peau, celles dépendant des trois unités diathésiques, la *dartre*, la *scrofule*, la *syphilis*, et auxquelles M. Bazin a joint l'*arthritis*, qui relèvent le plus immédiatement de l'action curative des eaux minérales. Nul doute que l'importance thérapeutique des eaux naturelles et que leur appropriation ne résultent de la résistance fréquente des dermatoses aux médications ordinaires et de la double influence qu'on est à même d'exercer, en pareil cas, sur les états constitutionnels d'origine et sur l'évolution symptomatique elle-même. Cette caractéristique, judicieusement formulée par M. Durand-Fardel[1], nous dispense de l'examen des propriétés de spécificité assignées à différentes classes d'eaux, et qui ne peuvent l'être qu'en vertu d'une systématisation théorique.

Les eaux minérales mettent à notre disposition leurs propriétés *électives* d'une part, c'est-à-dire celles des principes minéralisateurs qui déterminent leur composition chimique, et de l'autre, ce qu'on entend par effets *dynamiques*, inhérents aux divers procédés balnéaires ou autres, dans la pratique des établissements thermaux. A ces éléments s'adjoignent les conditions hygiéniques des diverses stations, éléments qui, pour ne paraître qu'accessoires, n'en contribuent pas moins aux résultats du traitement.

Réduire le rôle des eaux minérales dans la cure des der-

[1] Durand-Fardel, *Traité pratique des maladies chroniques*, t. I, p. 285.

matoses à une simple action topique, basée sur ce que le bain d'eau ordinaire, répété ou prolongé méthodiquement, suffit pour ramollir la surface cutanée et modifier ainsi les produits anormaux de sécrétion qu'elle comporte, ce serait aller contre l'expérience la plus vulgaire. Il est certain que l'usage interne des eaux médicinales entre pour une majeure partie du traitement, auprès de beaucoup de sources, où la tradition, d'accord avec l'observation, attire un si grand concours de dartreux ou de malades affectés d'éruptions chroniques d'un autre ordre. C'est à l'aide des effets tantôt altérants, tantôt reconstituants, bien souvent dépuratifs, des diverses eaux administrées à l'intérieur suivant une formule rationnelle, qu'on agit sur l'état constitutionnel ou diathésique prédominant. — Est-ce à dire qu'il soit toujours possible de préciser l'intervention physiologique ou thérapeutique de tel ou tel élément minéralisateur d'une eau minérale? Personne ne contestera cette difficulté d'appréciation, mais elle est commune avec beaucoup des actions médicamenteuses dont profite l'art de guérir. Et ce n'est pas seulement l'ingestion par l'estomac, l'inhalation dirigée sur la muqueuse des voies aériennes, qui soulèvent des problèmes encore insolubles ou manquant de ce caractère de rigueur et de simplicité qu'on souhaiterait trouver en matière médicale. Les phénomènes relatifs aux fonctions absorbantes de la peau dans le bain n'ont donné jusqu'ici que des résultats d'expérimentation très-contradictoires; toutefois, à en juger par la clinique thermale, il n'est pas permis de considérer l'action du bain sulfureux, alcalin ou salin, comme un moyen purement hydrothérapique. On a pu arguer en faveur des effets de ces bains minéraux que, par suite de l'immersion poursuivie avec persistance et méthode pendant une série non interrompue de jours, l'imbibition de la couche épidermique communique à la peau de nouvelles conditions de vitalité et d'endosmose, qui, au bout d'un certain temps, facilitent le passage des principes miné-

ralisateurs du bain dans le torrent circulatoire. Le développement de courants électriques produits dans ces circonstances favorise peut-être cette action[1]. De même que nous ignorons d'une manière précise le mode de transport dans l'économie de l'iode, de la belladone, à la suite d'applications externes de teinture ou d'extrait aqueux sur la peau intacte, il faut bien accepter les effets observés sur les malades dans les établissements thermaux, tant au point de vue physiologique qu'en résultat final de la cure, et qui sont assez généralisés pour qu'on doive en tirer parti.

Le bain général, d'ailleurs, envisagé abstraction faite de l'usage des eaux en boisson, offrira des différences de propriété et d'action, suivant sa thermalité et sa composition, soit d'après sa durée, son alimentation à eau courante, et son emploi en piscine ou bain commun, au lieu de la baignoire isolée. Plus ou moins chaud, il impressionne à des degrés variés cette vaste surface tégumentaire qui, non-seulement alors représente un agent de révulsion circulatoire et nerveuse, mais encore tient de son état morbide une modalité particulière et essentielle à considérer. Avec les eaux sulfurées, selon qu'elles sont plus ou moins stables dans leur composition et qu'un dépôt de soufre plus ou moins abondant, produit de leur altération, recouvre la peau du corps plongé dans le bain, ou selon qu'elles contiennent en dissolution une notable quantité de matière organique, barégine ou autre, ou qu'au contact de l'air le sulfure de sodium qui les minéralisait primitivement s'est transformé en hyposulfites et les a réduites à n'être plus qu'alcalines en quelque sorte, les effets obtenus par rapport aux dermatoses seront très-distincts. La présence du chlorure de sodium soit seul, soit associé à l'hydrogène sulfuré, même avec un bain tempéré, peut occasionner une stimulation cutanée, produisant au

[1] Le Bret, *Manuel médical des eaux min.*, p. 39.

delà de certaines limites un éréthisme vasculaire et nerveux qu'il importera de modérer. Les bains alcalins, proprement dits, délivrent la peau de son enduit sébacé et des squames qui l'embarrassent. En cette propriété réside un mode utile de lixiviation qui a fait regarder les eaux bicarbonatées sodiques comme étant sédatives dans le traitement des affections cutanées. Encore convient-il de se prémunir à propos de l'usage externe de ces eaux contre l'excès d'acide carbonique qu'elles peuvent renfermer à leur point d'origine et dont l'action excitante serait à redouter. Quant aux eaux à minéralisation simple, c'est principalement par rapport aux procédés de leur emploi qu'elles intéressent notre thérapeutique ; il suffit de rappeler, avec M. Guéneau de Mussy, que les bains minéraux ont pour effet commun et immédiat de modifier l'action cutanée, de la solliciter et de la régulariser, et que le massage du tissu dermique, obtenu au moyen des douches, non-seulement stimule les fonctions de la peau, mais encore développe très-efficacement l'impressionnabilité nerveuse à la périphérie [1].

Un fait assez général dans l'application des eaux minérales au traitement des maladies de la peau a de tout temps fixé l'attention des praticiens, à savoir qu'elles fournissent en bien des cas une *médication substitutive* par excellence. Leur action topique, en effet, combinée avec l'excitation que certaines d'entre elles impriment à l'organisme, peut provoquer une recrudescence plus ou moins prompte, plus ou moins intense, de la phlegmasie cutanée, qu'on est dans l'obligation d'atténuer ou de surveiller chez un grand nombre de malades, mais dont l'apparition ou la répétition ne compromet jamais le succès de la cure, à la condition d'une prudente direction. La nature et l'appropriation des eaux, la forme de la lésion tégumentaire, la susceptibilité de la peau, les dispositions du

[1] M. Guéneau de Mussy, *Traité de l'angine gland.* Introd., p. XXXIX

sujet et jusqu'aux circonstances extérieures parfois, diversifient à cet égard la règle de conduite. Il n'en est pas moins vrai que la thérapie hydro-minérale, basée sur l'action physiologique de la source prescrite et l'idiosyncrasie morbide qu'on lui soumet, réalise, de préférence à toute autre méthode, la substitution directe, moyen puissant auquel ressortissent la plupart des dermatoses, en tant qu'affections locales, concurremment avec le traitement interne adjuvant.

Ce n'est pas seulement l'affection primitive qui reparaît en partie, sous l'influence de certaines eaux et consécutivement à leur mise en œuvre. On désigne sous le nom de *poussée* un ensemble de phénomènes dont l'enveloppe périphérique devient le siége, particulièrement dans les stations thermales où se pratique l'immersion prolongée, chaque jour pendant plusieurs heures, à *Louéche* par exemple. Les anciens hydrologistes décrivaient à part l'exanthème accidentel, *psydracia thermalis* des Allemands, qui est le plus souvent la conséquence des conditions du traitement et qui s'observe avec l'emploi de sources de minéralisation très-différente, voire quand les bains ne sont administrés ni très-chauds, ni de longue durée, comme cela s'observe aux eaux sulfureuses de *Schinznach* entre autres. Aujourd'hui on limite la signification du mot poussée à une manifestation très-variable, caractérisée soit par des éruptions éphémères, soit par une augmentation d'activité dans les capillaires sanguins et le réseau nerveux du tégument externe, parfois avec hypersécrétion sébacée et sudorale, et allant jusqu'à prendre le caractère d'un véritable état maladif. Il y a là un redoublement d'émonction sur la surface entière de la peau, bien capable de développer les effets substitutifs produits d'autre part, de transformer utilement l'état local, et constituant un mode énergique de révulsion à l'endroit de beaucoup d'affections chroniques. Dailleurs la poussée n'offre pas une marche constante ; de même que pour la recrudescence des dermatoses provoquée par les

eaux, bien des influences en modifient le développement. A certaines années, près de quelques sources, on a signalé une constitution particulière, entretenant la fréquence des poussées, sans que les effets curatifs en parussent influencés. Ce serait à tort qu'on verrait dans cette exacerbation cutanée soit un signe de saturation de l'économie, soit un mode d'expulsion de quelque excrétion humorale ou de virus. Enfin on a voulu faire de la poussée une expression pathogénétique ; on l'a rattachée à la propriété revendiquée par certaines eaux minérales de servir de pierre de touche à la syphilis latente. Il est démontré que l'éruption qualifiée de *poussée* en hydrologie minérale, résultat complexe d'une fluxion locale et d'un mouvement d'excitation générale, se montre avec des caractères de nature herpétique ou syphilitique, selon qu'il s'agit d'individus préalablement dartreux ou entachés de vérole, sans qu'il y ait là rien autre qu'un effet de stimulation temporaire et accidentelle.

Le traitement doit-il, au contraire, se restreindre à changer, pour ainsi dire, les habitudes du tégument externe, plutôt qu'à combattre des résistances diathésiques, l'application d'eaux à minéralisation faible se recommandera alors très-formellement, en raison d'une double action de sédation et de réaction modérée qu'elles exercent sur la peau, celle-ci fonctionnant et se tonifiant à nouveau sous cette influence. C'est ce que l'on constate en présence des formes érythémateuses ou purement inflammatoires dans les dermatoses, moins fréquemment mais aussi dans les dartres idiopathiques elles-mêmes. A plus forte raison, les eaux à minéralisation peu accentuée conviendront-elles aux affections cutanées revêtant un caractère éréthique, soit par localisation, soit par sympathie avec des troubles nerveux, soit comme effet d'une dyscrasie spécifique. De la solidarité qui existe entre les fonctions de la peau et celles des autres appareils nécessaires à l'intégrité de la santé, de l'importance que prend la peau comme organe de

compensation et de balancement par rapport à la plupart des autres émonctoires, ressort avec évidence l'utilité des facteurs empruntés à l'hydrologie médicale.

En ce qui concerne les indications curatives des dermatoses vis-à-vis des eaux minérales, il serait impossible de les formuler d'une manière générale. Elles se déduisent en majeure partie des circonstances étiologiques, dans lesquelles, si un état constitutionnel ou diathésique prime les antécédents du malade, il arrive souvent que l'action des états secondaires ou acquis marque et détermine le caractère propre de l'affection. L'âge, le tempérament, les habitudes de la vie, les écarts de régime, les occupations, les professions, etc., constituent autant de causes d'épigénèse, avec lesquelles on est forcé de compter en pratique, et il faut reconnaître nécessairement que les états mixtes, dans la clinique thermale des maladies de la peau, sont de beaucoup plus fréquents que ceux à caractère franc et tranché de diathèses spéciales. On ne prescrira pas les mêmes eaux ni le même traitement aux lymphatiques, aux pléthoriques, aux individus doués d'une grande excitabilité nerveuse, à ceux dont il faut relever l'organisme débilité, bien qu'étant, les uns ou les autres, sous la dépendance d'un principe dartreux, scrofuleux, arthritique. En second lieu, il y a à prendre en considération, à côté du cachet constitutionnel, la période d'acuité ou de chronicité de l'éruption morbide et surtout ses caractères distincts. En esquissant les propriétés extrinsèques des bains minéraux, nous avons déjà signalé cette intervention de l'action topique des eaux, relativement à l'état phlegmasique de la peau. La forme des affections cutanées décide à un degré aussi important des résultats de la cure. C'est ainsi que les affections dartreuses *humides* sont plus promptement et plus profondément modifiées que les affections *sèches* par les eaux sulfureuses, à propriété substituante, et que la guérison des affections ulcéreuses relève beaucoup plus fré-

quemment des eaux reconstituantes, comme sont celles minéralisées par le chorure sodique. Une irritabilité très-grande du tissu cutané contre-indiquant des fluxions inopportunes, les eaux thermales simples apportent leur contingent de sédation à l'inverse des précédentes. Ajoutons que l'étendue, le siége des dermatoses font varier la résistance ou la régression, en pareils cas, comme il arrive de toute autre médication. De plus, les manifestations herpétiques ont des connexions avec les affections de l'enveloppe interne, c'est-à-dire des muqueuses broncho-pulmonaire, gastro-intestinale, urinaire et génitale, desquelles on ne saurait mettre de côté ni amoindrir l'influence. C'est même en modifiant l'alternance et la liaison de ces états morbides que l'action tantôt élective, tantôt révulsive des eaux minérales est appelée à triompher d'affections rebelles, qui se contre-balancent ou produisent de dangereuses métastases.

On ne doit donc pas faire un choix indifférent ou irréfléchi parmi les sources minérales qui conviennent aux maladies de la peau. La méthode la plus certaine consiste à spécialiser ces relations de remède à état pathologique, et c'est ce que nous nous proposons de faire, en passant en revue les diverses classes d'eaux minérales considérées d'après leur constitution chimique, et au point de vue de leur utilité thérapeutique et pratique.

I. — EAUX SULFUREUSES.

Les eaux sulfureuses ou sulfurées se distinguent suivant qu'elles ont pour base de minéralisation soit des monosulfures de sodium ou de calcium, soit du gaz acide sulfhydrique (hydrogène sulfuré), en eaux *sulfurées sodiques*, *sulfurées-calciques*, et *hydro-sulfurées*. A ces divisions principales il faut ajouter deux groupes, l'un comprenant les eaux sulfurées sodiques qui, par suite d'une altération au contact de l'air,

contiennent, au lieu de sulfure de sodium, du carbonate, de l'hyposulfite, du sulfite et du sulfate de soude, eaux désignées tour à tour sous les dénominations d'eaux sulfureuses *dégénérées*, *modifiées*, *instables*, et qu'on s'accorde à considérer comme étant des eaux *sulfurées sodiques-hyposulfitées* ; le second ayant trait aux eaux à caractère mixte, qu'elles doivent à l'alliance d'une notable proportion de chlorure de sodium et du dégagement de l'hydrogène sulfuré ; ce sont les eaux *sulfurées et chlorurées sodiques*.

En général, les sels à base de soude dominent dans les eaux sulfurées sodiques et les sels à base alcalino-terreuse ou terreuse dans les sulfurées calciques. L'alcalinité des eaux à base de sulfure de calcium est bien moindre que dans celles minéralisées par le sulfure de sodium ; toutefois dans les eaux les plus sulfurées, le poids des sulfures alcalins ne s'élève pas au-dessus de 10 centigrammes pour 1 kilogramme d'eau. La thermalité des eaux sulfurées sodiques dépasse de beaucoup celle des sulfurées calciques, sans parler de la différence d'origine souterraine. Enfin, il ne faut pas négliger la matière organisée, *barégine*, *sulfuraire*, *glairine*, etc., qui se trouve en dissolution dans les eaux sulfurées d'un certain nombre de stations thermales, particulièrement de la classe des sulfurées sodiques, et dont la participation à l'action thérapeutique des eaux ne semble pas douteuse, quelque imparfaite que soit encore la détermination de ces substances. M. Filhol a insisté sur ce que dans ces eaux, à côté des sulfures et des matières organiques, se rencontrent des silicates, des chlorures, des carbonates alcalins, du fer, de l'iode, du gaz acide carbonique, de l'azote, en proportions variées, d'ailleurs peu considérables ; mais il résulte de l'analyse qualitative, considérée en elle-même, que les eaux sulfureuses représentent un agrégat minéral, dont nous sommes en droit de préciser l'application d'ensemble aux usages thérapeutiques, sinon dans ses éléments de composition pris isolément.

L'altérabilité de beaucoup de sources sulfurées, ainsi qu'on le remarque surtout à certaines eaux de la chaîne des Pyrénées, a été invoquée pour expliquer leur efficacité médicatrice en présence des maladies de la peau. On a supposé que la transformation des sulfures en sulfites et hyposulfites leur communiquait des propriétés nouvelles. Ce qu'il y a à retenir dans les phénomènes de dégénérescence dont il s'agit, c'est qu'au contact de l'air extérieur s'opère un départ d'hydrogène sulfuré, qui se dégage au profit de l'inhalation gazeuse, et en même temps que cette altération entraîne avec elle un dépôt d'une certaine quantité de soufre, très-divisé, donnant à l'eau un aspect laiteux, dit de *blanchiment*. Les eaux de Bagnères-de-Luchon, de Dax, pour ce motif ont été qualifiées d'eaux *blanchissantes ;* on doit admettre l'action topique sur l'enveloppe tégumentaire du soufre déposé de la sorte et tenu en suspension dans l'eau du bain, pendant à peu près toute sa durée. La facilité plus ou moins grande avec laquelle l'air se renouvelle à la surface de l'eau peut faire varier ces produits d'altération. La chimie n'a dit son dernier mot ni sur la nature ni sur le mode de ces nouvelles combinaisons. Le fait pratique de la désulfuration possible du bain sulfureux naturel dans quelques stations n'en reste pas moins acquis et considérable. Cependant il est loin d'expliquer à lui seul les effets de la médication sulfureuse sur le système cutané, dont elle accroît la vitalité et les facultés d'exhalation. Les sulfures alcalins, composés solubles, et non pas le soufre lui-même, comme on l'a écrit souvent, sont seuls aptes à modifier l'état morbide de la peau, en agissant sur son mode de fonctionnement. D'après des observations autorisées, ce sont les eaux les plus riches en sulfure de sodium qui paraissent les plus stables et dont l'action curative sur les dermatoses s'affirme davantage. L'action des eaux très-altérables, de celles qui blanchissent par la précipitation du soufre, est moins durable, moins énergique, parce qu'elles perdent une partie de leur sulfuration ;

aussi conviennent-elles dans un grand nombre de cas où il est nécessaire de se garantir contre l'irritabitité morbide et de n'user que d'une sulfuration pour ainsi dire inférieure.

Dans cette même acception rentreront les eaux sulfureuses hyposulfitées, qu'on a appelées également *dégénérées* et dont les Pyrénées-Orientales présentent des specimens frappants. Elles ne possèdent ni l'odeur ni la saveur des eaux sulfureuses; elles sont alcalines et très-chargées de matière organique. On ne peut pas nier que leur état particulier, résultat de la décomposition du sulfure alcalin, ne les rende très-applicables au traitement des maladies de la peau à forme éréthique.

Les eaux sulfurées calciques, contenant plus de principes salins et une quantité notable de sulfate de chaux, sont plus stables que les sulfurées sodiques. Elles s'en différencient non-seulement par une faible alcalinité, mais encore par une température assez basse, qu'il faut élever à l'aide de moyens de caléfaction. Le dégagement de gaz hydrogène sulfuré remplit parfois un certain rôle dans leur action ; mais, en général, les effets médicamenteux qu'on en obtient se traduisent par beaucoup moins d'excitation que de la part des eaux à base de sulfure de sodium et originairement thermales.

Quant aux eaux hydro-sulfurées proprement dites, c'est du gaz sulfhydrique à l'état libre tenu en dissolution que dépendent leur activité plus ou moins prononcée et leurs propriétés topiques, dans la cure des dermatoses.

A la présence du chlorure de sodium, chez plusieurs d'entre elles, s'attache un caractère particulier.

Les modes d'administration feront varier les résultats de la médication sulfureuse. L'usage interne de la plupart de ces eaux s'appuie, on le sait, sur la décomposition d'une partie des sulfures qu'elles contiennent, sur la mise en liberté d'une quantité déterminée d'acide sulfhydrique, et sur l'élimination consécutive de ce gaz par les voies respiratoires et par la peau, tandis qu'un excès de sulfates se retrouve dans les urines. Ces

phénomènes physiologiques, produits de l'assimilation du composé soluble que représentent les eaux sulfurées, aboutissent, entre autres effets, à l'accroissement de la vitalité et des facultés d'exhalation du système cutané. Concurremment, les modifications de l'état général se traduisent, dans le plus grand nombre des cas, par un remontement de l'économie, parfois accusé par des symptômes de surexcitation du côté de la circulation et de l'innervation, dans d'autres circonstances témoignant au contraire d'une hyposthénisation remarquable. L'action des bains se manifestera stimulante, substitutive, ou modératrice, suivant, comme nous l'avons déjà énoncé, la diversité de leur appropriation, et il en serait de même des autres procédés d'emploi externe, douches, étuves, etc., qui concourent au traitement.

Les différences d'affections morbides, de sexe, d'âge, de tempérament, d'idiosyncrasie, etc, dont la thérapeutique des maladies de la peau doit s'inspirer, échappent à toute règle inflexible. Combiner l'aptitude des eaux sulfureuses à modifier l'état constitutionnel prédominant avec les effets directs et topiques qu'elles peuvent provoquer sur les parties malades, telle est la formule communément applicable à la direction du traitement des dermatoses par les agents naturels. Cependant l'expérience nous fournit les enseignemeuts suivants, qui intéressent la pratique[1] :

En prenant pour types des *eaux sulfurées sodiques* des sources et stations de *Bagnères-de-Luchon*, de *Baréges*, de *Cauterets* et de *Saint-Sauveur*, on reconnaît que la forme des affections cutanées a une influence évidente sur les résultats curatifs de ces eaux. Les affections dartreuses *humides* sont bien plus promptement et plus profondément modifiées que les affections sèches, et, parmi les premières, les affections *impétigineuses* ou suppurantes cèdent plus vite

[1] *Annales de la Soc. hydrolog. médec. de Paris*, t. XIII, XIV. — Communications de MM. Le Bret, Lambron, Charmasson, etc., *passim*.

et plus radicalement que les dermatoses donnant de la sérosité (Lambron). L'*eczéma* est l'affection la plus justiciable de l'emploi méthodique de ces eaux ; elle peut passer aussi pour la plus fréquente qu'on ait à traiter.

D'une manière générale, il reste sous-entendu que l'état franchement aigu de l'éruption, chez les eczémateux, contre-indique la médication sulfureuse et thermale, tirée des eaux que Pâtissier désignait comme étant *fortes*, celles de *Baréges*, par exemple, opposées aux eaux dites *faibles* de *Saint-Sauveur*. Il ne peut s'agir, en pareil cas, que de la forme chronique, marquée tantôt par la desquamation, l'épaississement, ou l'amincissement et le brillanté de la peau, tantôt avec des traces de suintement séro-purulent, des exulcérations superficielles, une teinte rouge cutanée, etc. Si, à l'arrivée du malade, les fatigues du voyage, le changement d'air, d'habitude, de régime, ont déterminé une sorte de recrudescence dans les symptômes de l'eczéma, il est élémentaire de calmer cette acuité temporaire par le repos, des moyens émollients, les bains simples, ou peu sulfurés et tièdes. avant d'entreprendre la cure spéciale. Dans les stations, où, comme à *Bagnères-de-Luchon*, on dispose d'un grand nombre de sources dont la température et la composition différente s'échelonnent en une véritable *gamme* de thermalité et de sulfuration, il y a avantage à ne pas prescrire ces eaux indistinctement, mais au contraire, d'une façon graduée, en débutant par les moins sulfurées et en faisant concorder les plus minéralisées avec la tolérance obtenue. C'est dans ce sens qu'il importe de tenir compte du tempérament du sujet, lequel, s'il est lymphatique, scrofuleux, herpétique, mais non irritable, tolérera d'autant mieux et avec plus de profit les degrés supérieurs de sulfuration. De la nature herpétique, scrofuleuse, ou arthritique de l'eczéma lui-même, il y a moins à s'enquérir que de ses caractères de chronicité et surtout de l'impressionnabilité de celui qui en est porteur. Avec cette méthode, on épargne

aux dartreux ces exacerbations eczémateuses ou poussées excessives qui les surprennent plus ou moins longtemps après avoir quitté les eaux, et qui peuvent affecter non-seulement la peau, mais encore les muqueuses, à leur préjudice.

Que l'*eczéma* appartienne à la classe des herpétides de M. Bazin, comme l'*eczéma rubrum* généralisé, ou qu'on ait affaire à un eczéma de la région ano-coccygienne, souvent pris pour une variété de lichen en plaques, et qui a été rangé dans l'arthritis, les effets de la médication sulfureuse sont absolument identiques. L'amélioration ou la guérison par ces eaux, rationnellement appliquées, ne fait aucun doute ; il est assez fréquent, d'autre part, de les voir échouer dans certaines affections eczémateuses qu'on s'accorde à relier à la diathèse strumeuse, l'eczéma du sein par exemple. Quant à l'eczéma impétiginoïde et aux diverses espèces d'impétigos, à la condition que tout état inflammatoire ait disparu, ce sont les affections cutanées qui guérissent le plus rapidement et le mieux à *Baréges*, comme à *Bagnères-de-Luchon*, alors qu'à la vérité le lymphatisme ou la scrofule les entretiennent.

L'*herpès préputialis* et celui de la vulve, affections sous la dépendance d'une disposition morbide générale, cèdent facilement aux eaux sulfurées sodiques. Il en est de même de l'*acné simple*, chez les jeunes gens des deux sexes; tout au moins on peut ainsi en abréger la durée. L'*acné sébacée* offre beaucoup de résistance au traitement thermal; il en est de même de l'acnée concrète. La couperose est souvent exagérée par le traitement sulfureux. Les *furoncles* tourmentant certains sujets par des récidives fréquentes d'éruptions, même confluentes, et s'accompagnant de troubles digestifs, sont amendés toutes les fois que le tempérament lymphatique prédomine chez les malades.

S'il est question de dartres sèches, le *psoriasis* se montre comme en étant la manifestation la plus fréquente. Quel que soit l'état constitutionnel auquel on croit devoir la rattacher,

herpétique ou arthritique, sous les formes les plus variées (*psoriasis inveterata*, *diffusa*, *nummularia*, *guttata*, etc.), cette affection se caractérise entre toutes les dermatoses par sa tendance aux récidives; elle se signale également par sa résistance à l'action des eaux les plus minéralisées. Comme le *psoriasis* est compatible avec d'excellentes conditions de santé générale et qu'on a moins à redouter les métastases en ce qui le concerne que pour d'autres affections cutanées, il devient possible, en bien des cas, de soumettre les sujets à d'énergiques moyens d'excitation thermale, sans les exposer à des risques véritables. C'est ainsi qu'à Cauterets, on leur applique les bains de *César* et des *Espagnols*, considéré comme les plus actifs; qu'à Baréges, la douche à 44 °C., dite du *Tambour*, complète l'emploi des bains de piscine ou ceux des sources les plus sulfurées et très-thermales. La majorité des psoriasiques ayant épuisé préalablement toutes les médications imaginables à l'encontre d'un mal très-tenace, et que les récidives et les progrès de l'âge rendent plus rebelle encore, vont en quête de la guérison d'une station à l'autre. Il faut convenir de la difficulté de la cure radicale du psoriasis. L'association des bains et des douches aux eaux sulfureuses l'améliore, en ce sens qu'il n'est pas rare de voir, sous cette influence, les squames s'amincir et les plaques éruptives s'effacer, au point de simuler la disparition de l'affection. Malheureusement la recrudescence des mêmes symptômes a lieu si souvent par la suite, qu'on ne saurait trop formuler de réserves contre les illusions d'un succès passager. Toutefois, quand le psoriasis n'occupe que des surfaces très-limitées et qu'on est en mesure d'unir pendant longtemps les préparations arsenicales à la médication sulfureuse, on voit guérir des dartreux de cette catégorie. Nous ne nous arrêterons pas sur les précautions à prendre ici dans l'emploi des eaux sulfurées; lorsqu'un asthme, une bronchite chronique, des menaces d'accidents nerveux ou cérébraux, compliquent la pré-

sence du psoriasis, les ménagements sont de principe pour le traitement des dermatoses par les eaux minérales.

Le *pityriasis* figure à peu près en aussi grand nombre que l'eczéma dans le contingent des eaux sulfurées sodiques des Pyrénées. C'est surtout le *pityriasis simplex* qu'on doit adresser à ces eaux, et si elles servent activement à combattre la disposition générale qui l'entretient, on doit avouer que ce mode de dartre, ordinairement sous la dépendance de l'arthritis, d'après M. Bazin, a une tendance marquée non-seulement à se reproduire après rétrocession, mais encore à s'invétérer. Lorsque le pityriasis (*pityriasis capitis*) coïncide avec l'angine granuleuse, ce qui semble habituel, la médication sulfureuse agit efficacement dans cette double acception.

Dans le *lichen*, si les phénomènes prurigineux et éruptifs sont fondamentaux, ce sont surtout les eaux de *Saint-Sauveur* et leurs analogues qui doivent en revendiquer le traitement. Encore faut-il se mettre en garde contre la tendance aux poussées violentes, caractérisées par du prurit et l'état papuleux du tégument externe, et qui tantôt se succèdent rapidement, tantôt se reproduisent, au sortir d'une période d'apaisement. Au contraire, quand il s'agit de la forme de *lichen invétéré*, décrite par le professeur Hardy, et se manifestant avec une altération profonde et spéciale de la peau, les eaux très-sulfurées sont parfaitement indiquées et efficaces.

De l'*ichthyose*, disposition squameuse du tégument externe, regardée aujourd'hui comme une difformité congéniale, il n'y a à mentionner que l'amendement par ces mêmes eaux. On ne guérit pas les enfants qui en sont affligés, mais, à l'aide du traitement approprié, les fonctions de la peau se rétablissent en partie, et avec elles les fonctions de nutrition ; il en résulte une reconstitution très-favorable, d'autant mieux à rechercher qu'il s'agit de pourvoir aux épreuves prochaines de la puberté.

En opposition avec les idées préconçues sur la spécialisation

des eaux sulfureuses par rapport à la scrofule tégumentaire, ces eaux sont de très-peu de secours dans les dermatoses à forme ulcéreuse, autres que les syphilides, notamment dans les diverses variétés de *lupus*. La scrofulide *crustacée-ulcéreuse* peut être modifiée à Bagnères-de-Luchon ou à Baréges, mais il s'en faut qu'on obtienne des effets durables et décisifs, comme ils se montrent ailleurs, aux eaux à la fois sulfurées et chlorurées sodiques, chez les mêmes scrofuleux.

Les médications à base de sulfure de calcium, ou *sulfurées calciques*, se confondent avec celles des eaux sulfurées sodiques, au point de vue des maladies de la peau. On n'a pas démontré jusqu'ici que l'action thérapeutique du mono-sulfure de calcium fût inférieure à celle du mono-sulfure de sodium, et réciproquement. Les propriétés électives et celles que développe leur emploi à l'extérieur, en bains, douches et lotions, tendent au même but, à savoir : d'imprimer une activité nouvelle aux grands émonctoires de l'économie. Leurs effets d'excitation générale ou locale sont sensiblement les mêmes, selon les procédés mis en usage pour le traitement. On n'est nullement fondé à prétendre que les eaux sulfurées calciques ramènent une dermatose quelconque à l'état aigu avec plus de rapidité ou d'intensité que ne le font les sulfurées sodiques. Ce que la pratique vérifie, c'est que les eaux d'*Enghien* par exemple, à la fois sulfurées et alcalines, sont prescrites avec avantage dans les affections herpétiques, à formes vésiculeuses et pustuleuses, que leur action s'exerce de préférence en dehors de la période aiguë, et qu'elles n'ont que peu de prise sur les dermatoses squameuses (de Puisaye). Il en sera de même de leurs similaires.

Au nombre des eaux *sulfurées hyposulfitées* dont nous avons déja mentionné l'instabilité, on en compte, comme celles d'*Amélie-les-Bains* et du *Vésinet*, qui sont encore chargées suffisamment de principes sulfureux et qu'une ther-

malité élevée permet d'utiliser à titre de diaphorétiques. Ces eaux s'appliquent au traitement des affections cutanées, de même que les précédentes, mais à l'exclusion des sujets pléthoriques ou irritables. Par contre, les eaux de *Molitg*, douées d'une faible sulfuration, et relativement peu-chaudes, remarquables par leur onctuosité, se rangent parmi les eaux hyposthénisantes ; on ne saurait mieux les comparer qu'à celles de *St.-Sauveur*, et elles conviennent, comme elles, aux dartres vives ou récentes. Si elles n'atteignent pas le fond constitutionnel diathésique, elles ont des propriétés sédatives, en rapport avec les formes éréthiques de l'herpétisme, qu'il s'agisse de la peau ou des muqueuses. Les eaux d'*Olette* et de *la Preste*, stations de la même région des Pyrénées-Orientales, étant plutôt alcalines que sulfureuses, rentrent dans une autre thérapeutique.

Les eaux *hydrosulfurées*, caractérisées par le gaz qu'elles tiennent en dissolution et qu'elles laissent échapper au contact de l'air avec plus ou moins de facilité[1], concourent au traitement des maladies de la peau, lorsque le caractère torpide ou invétéré de l'affection ne s'oppose pas à une vive excitation du tégument externe. Il en est ainsi à *Allevard*, à *St-Honoré*. Les thermes d'*Aix-en-Savoie*, avec leur grande diversité d'installation et de méthodes balnéaires, ayant pour auxiliaires les eaux de *Marlioz* et de *Challes*, participent à ces attributions ; mais, en thèse générale, les propriétés curatives de ces eaux paraissent s'accommoder de préférence aux dermatoses superficielles, prurigineuses, subaiguës, sécrétantes. A *Schinznach* (Suisse), ce sont les affections cutanées à forme humide et reliées particulièrement au lymphatisme dont on vient le mieux à bout. Cette station a gardé jusqu'à nos jours une très-ancienne pratique, consistant en bains prolongés, concurremment avec l'usage de la boisson des eaux. On prescrit deux

[1] Pétrequin et Socquet. *Traité général pratique des eaux minérales.* — Lyon. 1859, p. 398, 442.

bains par jour, à une température de 32 à 35 degrés centigrades. D'une demi-heure, la durée du bain du matin est portée progressivement à deux heures et demie. Le soir, on ne dépasse guère une heure. Au delà de ces limites commence ce qu'on appelle la *débaignée*, la durée des bains diminuant jusqu'à ce qu'au vingt et unième jour elle ait repris les conditions du début. Étant admis les cas particuliers de tolérance du procédé, il se produit sous cette influence une fluxion énergique à la peau, exprimée par des éruptions érythémateuses, qu'on appelle *poussée* à Schinznach. Sans négliger la stimulation que peut produire le contact avec la peau du gaz hydrogène sulfuré dissous dans le bain (ce qui semble démontré par les expériences de Dupasquier et de Soubeiran), il faut néanmoins faire une large place à la méthode de balnéation et lui rapporter en partie l'utilité de ces congestions artificielles provoquées dans un sens de substitution ou de compensation du côté de l'enveloppe tégumentaire. Un pareil phénomène, s'il n'a plus le mérite de vertus critiques, comme on lui en attribuait autrefois, ne constitue pas moins un mode révulsif très-intense, et qui demande à être surveillé dans beaucoup de circonstances morbides.

Sulfuration et chloruration représentent deux facteurs de minéralisation, qui, loin de se contrarier, s'allient parfaitement dans quelques eaux naturelles. Ainsi en est-il des eaux d'*Uriage*, d'*Aix-la-Chapelle*, de *St-Gervais*, ce qui les a fait classer à part relativement à la médication sulfureuse. La proportion de chlorure de sodium que contiennent ces eaux est évaluée, pour un litre d'eau, à $6^{g},056$ dans celles d'*Uriage* (Lefort); à $2^{g},639$ à *Aix-la-Chapelle* (Liebig); à $1^{g},603$ dans la source pour la boisson de *St-Gervais* (Bourne). C'est également la source d'*Uriage* qui contient le plus de gaz acide sulfhydrique en dissolution, savoir : $7^{cc},344$.

Les propriétés thérapeutiques de ces eaux tiennent de cette double qualité d'eaux *chlorurées sodiques* et *sulfurées* ;

c'est ce qui caractérise particulièrement leurs applications à la cure des dermatoses. A Uriage, l'eau étant administrée en boisson, soit à dose purgative, soit à doses fractionnées, tantôt on obtient des effets de dérivation, très-salutaires pour le traitement des affections dartreuses qui occupent de vastes surfaces ou que complique encore un certain degré d'acuité; tantôt elle opère en stimulant les fonctions de la vie nutritive, et devient altérante dans le sens d'une modification profonde et durable de l'économie. L'action des bains y est plus directement sédative que répressive pour la plupart des cas qu'on leur soumet. Gerdy rapportait à la présence du chlorure de sodium l'instantanéité de l'amélioration observée chez beaucoup d'herpétiques, dès les premiers bains ; jamais d'ailleurs cette sédation ne s'accompagne de menaces de congestion vers les organes internes, et c'est une preuve en faveur de l'action calmante des ces eaux. L'intervention des éléments sulfureux dans un grand nombre de circonstances morbides, par suite du dépôt de soufre sur l'enveloppe tégumentaire pendant l'immersion, détermine, au contraire, un degré plus ou moins intense d'irritation à la peau. De là ces exacerbations substitutives de l'affection cutanée dont la médication sulfureuse revendique le rôle et l'utilité, qu'on observe et qu'on gradue ou tempère à Uriage, comme cela se pratique aux eaux sulfurées, en vue de la guérison. Les formes humides de dermatoses, et parmi elles les variétés impétigineuses, sont celles qui cèdent le mieux et le plus rapidement. L'eczéma, occupant les membres inférieurs et très-souvent entretenu par de véritables varices, est très-amélioré par les eaux d'Uriage, administrées en bains et en applications locales. *L'herpès preputialis*, et d'une manière plus générale l'herpès génital est aussi heureusement modifié par les eaux d'Uriage (voir ce qui a été dit plus haut, page 144). On constate aux mêmes thermes d'excellents résultats chez les personnes qui ont des poussées eczéma-

teuses sur la peau et sur les muqueuses des voies respiratoires. Les indications tirées des anomalies de sécrétion des glandes sébacées (*acné*, *couperose*), des affections sèches, telles que le *psoriasis*, le *pityriasis*, etc., correspondent à ce que nous avons relaté des effets des eaux à minéralisation sulfureuse effective. La scrofule tégumentaire, d'autre part, se présente souvent dans la pratique d'Uriage. Dans les formes bénignes de scrofulides ulcéreuses, le succès est fréquent et toujours prompt. Contre les cas graves, selon la remarque de Gerdy, il faut une cure fort longue, des traitements nombreux, variés et répétés chaque année pour arriver à un pareil résultat. D'une manière générale, la scrofule, le lymphatisme à ses différents degrés, l'anémie, une asthénie ou débilitation de la constitution, sont les conditions les plus propres à assurer l'efficacité des eaux d'Uriage, parce qu'en soustrayant les individus atteints de dartres à ces influences d'affaiblissement qui entretiennent l'opiniâtreté de leur affection, on les met en voie de guérir. Aix-la-Chapelle, à l'étranger, est l'émule d'Uriage, sous ces divers points de vue.

A Saint-Gervais, on combine également avec avantage le traitement interne et le traitement externe, c'est-à-dire la boisson de sources chargées en sulfate et en chlorures alcalins, contenant une certaine proportion de principes sulfureux, laxatives et diurétiques, et les bains d'une durée très-courte, puis prolongés presque pendant une heure et demie, à une température modérée, tiède, et auxquels une assez grande abondance de matière organique communique de l'onctuosité. C'est sur la dérivation par les émonctoires intestinaux et veineux et sur la sédation de l'irritabilité tégumentaire et nerveuse que se base le traitement de Saint-Gervais. Les douches générales et locales, les lotions, les inhalations d'eau pulvérisée, de même que dans les autres stations précitées, s'ajoutent en compléments de la médication. L'eczéma général est surtout amendé par cet ensemble de moyens, s'il appartient à la

forme subaiguë, qui donne souvent lieu à des poussées successives, assez violentes, accompagnées d'un suintement plus ou moins abondant; à plus forte raison, quand les malades sont impressionnables, névropathiques, et qu'on pourrait craindre chez eux la stimulation que les eaux plus riches en sulfuration provoquent dans ces conditions. En général, le traitement des eczémateux nécessite trente ou quarante jours à Saint-Gervais, et on est dans l'habitude de ne pas l'interrompre, même en présence d'une recrudescence de l'affection. Les mêmes moyens s'appliquent à la forme impétigineuse, au lichen, au pityriasis, au psoriasis; mais les formes de dermatose sèche sont loin de donner des résultats aussi favorables que les formes humides; quant aux affections cutanées, liées à la scrofule, elles ne seraient qu'exceptionnellement du ressort de ces eaux.

II. — EAUX SALINES.

Avec MM. Pétrequin et Socquet, nous comprenons sous le nom d'*eaux minérales salines*: 1° celles qui sont principalement minéralisées par les chlorures alcalins, le plus souvent le chlorure de sodium, exceptionnellement les chlorures de calcium et de magnésium; 2° celles contenant des sulfates de soude, de potasse, de magnésie ou de chaux, en proportion assez notable pour leur devoir les propriétés médicales qui les caractérisent [1]. Toutefois, les eaux sulfatées calciques ou *séléniteuses*, à peu près exclusivement réservées à l'usage externe, ont des caractères de médication qui les distinguen de cette catégorie, et que l'on envisagera à part, pour le traitement des maladies cutanées.

Les eaux chlorurées sodiques, très-variables en thermalité, où le gaz carbonique libre existe parfois en quantité considérable, surtout quand elles sont froides, ont nécessairement

[1] Pétrequin et Socquet, *loc. cit.*, p. 194.

des propriétés médicinales différentes, suivant la nature et la proportion des chlorures qu'elles renferment. Mais le chlorure de sodium qui prédomine dans leur composition, s'il remplit le rôle d'évacuant et de diurétique, selon les doses auxquelles il est ingéré et absorbé, a pour caractéristique une action tonique et fortifiante, répondant aux indications du lymphatisme et des affections scrofuleuses. En bains, à une température échelonnée entre 32 et 34 degrés centigrades, ces eaux stimulent la peau, et leur action, si la chaleur du bain est portée au delà de 35 degrés centigrades, peut s'exagérer jusqu'à produire un vif éréthisme vasculaire et nerveux. La présence du gaz acide carbonique dans l'eau accroîtra ces effets d'excitation. Il en serait de même dans l'emploi accessoire des douches d'eau saline. Les états pathologiques qui relèvent de cette médication doivent donc être particulièrement torpides, exclusion faite d'une idiosyncrasie irritable, de la pléthore et des dispositions aux congestions sanguines, dans la plus grande partie des cas. Aussi, parmi les dermatoses, sont-ce de préférence celles qui se rattachent de près ou de loin à la scrofule qu'on traite aux stations de la classe des eaux chlorurées sodiques. C'est en particulier chez les enfants et les adolescents que leur aptitude à modifier profondément la disposition constitutionnelle est utilisée et donne les résultats les plus complets.

Bourbonne, *Lamotte-les-Bains*, *Salies-de-Béarn*, *Niederbronn* (Alsace), réclament, à juste titre, la cure des scrofulides, et tout au plus avec elle celles des affections cutanées où l'on n'est pas menacé du retour d'un état aigu ou même sub-aigu et qu'entretient la débilité générale, originelle ou acquise. On obtiendrait des effets analogues à *Balaruc*. A un degré moins élevé, les eaux de *Bourbon-l'Archambault*, de *Salins*, près Moutiers, en Savoie, conviennent au traitement des dermatoses chez les sujets lymphatiques ou scrofuleux.

Entre *Nauheim* et *Kreusnach*, en Allemagne, il existe

une différence notable pour ce qui concerne le traitement des maladies de la peau. Les eaux de *Nauheim* sont beaucoup plus minéralisées et principalement chargées en gaz acide carbonique; aussi déterminent-elles, par l'emploi du bain, des phénomènes d'excitation dans la totalité du tégument externe, contre lequel il y a lieu de se prémunir. A *Kreusnach* on dispose aussi d'une eau fortement chlorurée sodique, bromurée et iodurée. D'après M. Rotureau, la cure externe, telle qu'elle est mise en pratique dans cette station, ne peut s'adresser qu'aux altérations superficielles de la peau, de nature scrofuleuse.

L'addition des *eaux mères*, pratique très-répandue à l'étranger (*Nauheim*, *Kreusnach*, *Kissingen*, *Lavez*), et que *Salins* (Jura) nous procure chez nous amplement, a pour but de renforcer pour ainsi dire le bain chloruré sodique par une certaine quantité d'iodure et de bromure alcalins, dont se compose ce résidu artificiel. En raison de la puissance de stimulation inhérente aux eaux mères, on les mêle aux bains en des proportions graduées. Néanmoins, leur emploi vis-à-vis des affections cutanées, voire quand il s'agit de manifestations scrofuleuses, doit être fort restreint.

Les bains de mer ne présentent pas non plus d'avantages marqués dans le traitement des dermatoses. La forme aiguë de ces affections en interdit l'usage. Ils ne rendent de services qu'en luttant contre le tempérament lymphatique qui prolonge certains eczémas du jeune âge, ou en relevant un mauvais état de santé, auquel se relieraient des éruptions spéciales. Enfin, ils partagent avec les bains salés le privilége de diminuer l'imminence des récidives ou des rechutes, après guérison, par leur action topique associée à l'influence qu'ils exercent sur la constitution.

Des eaux à base de sulfate de soude ou de magnésie (*Carlsbad*, *Püllna*, *Sedlitz*, *Friedrichshall*), nous n'avons à noter que l'intervention adjuvante, à titre de médicaments, soit

altérants, soit purgatifs et dérivatifs, dans la thérapeutique des maladies de la peau.

III. — EAUX ALCALINES.

Les eaux *bicarbonatées sodiques*, minéralisées par le bicarbonate de soude, avec un excès d'acide carbonique en dissolution, et les eaux *bicarbonatées calciques et magnésiennes*, contribuent à la *médication alcaline*. Avec les carbonates, ces eaux renferment souvent des chlorures, des sulfates, des sels métalliques, etc. Très-peu d'entre elles sont thermales. Leur action physiologique, principalement si le bicarbonate de soude prédomine dans leur composition, tend à les indiquer comme des modificateurs de la nutrition, qu'elle modère, quand elle ne la stimule pas. La présence du gaz acide carbonique dans ces eaux ne peut que développer les propriétés stimulantes des fonctions digestives. On leur reconnaît, entre autres applications, celle anti-diathésique de combattre la goutte et les affections qui s'en rapprochent. D'après les doctrines de M. Bazin, introduisant dans la pathologie cutanée une classe d'arthritides, manifestations de l'arthritis (cette entité morbide où se confondent la goutte et le rhumatisme), c'est aux lésions arthritiques de la peau que les eaux alcalines devront remédier.

Sans revenir sur le degré de certitude des signes objectifs qui font décider si une même affection cutanée appartient plutôt à l'arthritis qu'au principe dartreux ou à la scrofule, nous pouvons assurer du moins qu'il en est aux eaux minérales comme avec d'autres médications, et que le traitement anti-arthritique par les eaux bicarbonatées sodiques, ne sert nullement de pierre de touche dans ses applications aux dermatoses, pas plus que l'emploi des eaux sulfurées en semblable circonstance. Ce que l'expérience nous confirme, c'est

la parfaite curabilité de l'eczéma, pour prendre un exemple fréquent, par les eaux à minéralisations diverses, chez un très-grand nombre de rhumatisants, pourvu que les conditions de période, d'acuité, etc., de l'éruption et les données individuelles du sujet, tempérament, constitution, etc., correspondent au traitement mis en usage. Il en est absolument de même avec les eaux alcalines. Elles prêtent, à la vérité, par leur action topique sur la peau, à un mode de lixiviation dont on retire des effets très-favorables dans les formes vésico-squameuses et aussi pour les affections cutanées franchement squameuses, telles que le pityriasis, le psoriasis. Mais personne n'ignore combien il faut de ménagements dans l'appropriation des bains d'eaux bicarbonatées sodiques avec les eczémateux ou les psoriasiques; il est de pratique, au commencement du traitement, de leur donner des bains mélangés d'eau douce et de les continuer suivant la susceptibilité du sujet, sous peine, avec un procédé contraire, de provoquer des exacerbations redoutables. La thermalité doit être également graduée avec soin dans le même sens. Ce n'est pas seulement à Vichy, où se rencontre la plus haute expression de la médication alcaline, que cette manière de traiter les dermatoses a sa raison d'être; mais on la retrouve recommandée et pratiquée dans toutes les stations à sources bicarbonatées sodiques (*Royat*, *Ems*, *Sainte-Nectaire*, etc.). Cependant, il importe de savoir que *Vichy*, même, est remarquablement toléré par les eczémas des diabétiques, quelque douloureux et aigus qu'ils se présentent en apparence. M. Durand-Fardel, auquel nous sommes redevables de cette observation, insiste sur les précautions infinies que nécessite alors le traitement et il rattache la guérison de l'eczéma à la modification rapidement obtenue dans l'état glycosurique[1].

Vraisemblablement, ce qui se passe ainsi avec le diabète se

[1] Durand-Fardel, *Les eaux minér. et les maladies chron.*, 1874, p. 170.

reproduirait en définitive dans les affections cutanées liées à la goutte, à la gravelle, à la dyspepsie, ou à des dyscrasies tributaires de la médication alcaline. Par l'usage interne des eaux, uni aux bains et aux douches, on a prise sur l'état constitutionnel ; on ramène les fonctions d'assimilation à des conditions normales, et les manifestations du côté du tégument externe retrocèdent d'autant mieux dans cet accord curatif.

Conformément aux données précédentes, *Vichy* et *Vals* sont trop minéralisées pour réclamer les maladies de la peau sur une grande échelle. A *Royat*, les cures et les améliorations signalées ont surtout en vue l'*eczéma*, l'*acné*, le *prurigo*, le *lichen*, le *pityriasis*, et aussi rarement le *psoriasis* qu'auprès des eaux sulfurées. C'est à peu de chose près la même série d'affections qu'on traite avantageusement à *Ems*, avec ce correctif qu'il s'agit en général de dermatoses peu profondes, et où prédominent les diathèses goutteuse et rhumatismale. Nous en dirons de même, et relativement à leurs spécialisations, des eaux de *Contrexeville* et *Vittel*, ou encore de celles d'*Évian*, *Capvern*, *Pougues*, parmi lesquelles les formes névropathiques trouvent des agents de sédation.

IV. — EAUX ARSENICALES.

Les eaux minérales dont l'action thérapeutique se rapporte à la présence d'un composé de l'arsenic ont pris rang assez récemment dans la médecine hydrologique, particulièrement chez nous, et elles sont encore en petit nombre. La *Bourboule*, le *Mont-Dore*, *Plombières* se partagent cette caractéristique. L'eau de la *Bourboule*, d'après l'analyse de M. Lefort, contient 14 milligrammes d'arséniate de soude par litre, ce qui constitue une dose assez considérable. Les eaux du *Mont-Dore* sont moins riches ; on y constate environ 1 milligramme de sel arsenical, pour un litre d'eau également. A *Plombières*, MM. O. Fleury et Lhéritier ont signalé en 1855, à la source

des *Dames*, 0 gr. 000,70 d'arséniate de soude pour 1 kilogramme d'eau, et à celles du *Crucifix*, 0 gr. 000,60 du même sel. On a pu objecter que certaines eaux, comme celles de *Vichy* par exemple, renfermant une proportion plus élevée d'arséniate de soude que celles du *Mont-Dore* et de *Plombières*, ne reçoivent néanmoins leurs propriétés curatives que du carbonate alcalin qui l'emporte sur les autres principes dans leur minéralisation : les questions de prédominance de composition sont encore obscures, mais l'observation clinique s'accorde à rapprocher les effets physiologiques et thérapeutiques des eaux arsenicales de ceux qu'on obtient des préparations de pharmacie empruntées à l'arsenic; nous devons donc en tenir compte.

Eu égard aux maladies de la peau, herpétides ou arthritides, la médication arsenicale occupe une place importante, sur laquelle il n'y a pas de dissidence. Non-seulement l'acide arsénieux influence activement la nutrition et l'hématose, au point d'être regardé comme un médicament d'épargne et un modérateur fonctionnel, mais encore, lorsque l'arsenic est absorbé, il s'élimine par la surface tégumentaire, en accroissant sa vitalité. On est autorisé à se demander si l'extrême dilution du composé arsenical dans les eaux minérales n'en favorise pas l'absorption. Quelques explications théoriques ont été proposées sur cette question, les données expérimentales ne les confirment pas encore. Quoi qu'il en soit, des éclaircissements à venir, on traite beaucoup d'affections cutanées à la *Bourboule*, au *Mont-Dore*, à *Plombières*, et les résultats plaident en l'honneur de ces eaux.

Les eaux de la *Bourboule*, très-chargées en chlorures alcalins, assez acidulées, en même temps qu'elles sont arsenicales au premier chef, s'administrent en boisson, en bains, douches et inhalations. Dans la part respective de l'usage interne et des moyens balnéaires, nous manquons encore de renseignements applicables à la cure des affections cutanées.

Est-ce le chlorure de sodium ou l'arséniate de soude qui détermine les effets de l'usage interne? M. Peyronnet a adressé à la Société d'hydrologie une vingtaine d'observations très-dignes d'intérêt, à l'appui des propriétés des eaux de la *Bourboule* dans les maladies dartreuses, et il appelait l'attention sur ce que ces dermatoses guérissent d'autant mieux à la *Bourboule* qu'elles s'entent sur les organisations scrofuleuses, ou se lient à la scrofule elle-même. Depuis lors, l'école de M. Bazin s'attache à préconiser l'efficacité de la *Bourboule* dans les affections squameuses, de nature arthritique, notamment dans le psoriasis. M. Bazin a vu la guérison du psoriasis se maintenir pendant cinq ou six années après la cure de la *Bourboule*. Très-probablement les bains ont coopéré à ces résultats. Ce qui reste acquis, c'est que le psoriasis s'améliore fréquemment avec ces eaux, après avoir subi des périodes variables d'inflammation et de desquamation pendant le traitement, ainsi qu'on le voit aux eaux sulfureuses et sulfurées-chlorurées sodiques. Il en serait de même de l'eczéma, dans la forme chronique, celle qui le rapproche le plus des dermatoses sèches.

Au *Mont-Dore*, à *Plombières*, où la diathèse rhumatismale, sous toutes ses formes, est représentée par de nombreux malades, on pouvait croire par avance que l'herpétisme figurerait pour un certain contingent, ce qui a lieu d'ancienne date. La qualité arsenicale des eaux s'ajoutera à toutes les ressources de thérapie thermale dont on dispose dans ces stations. Ce sont encore le psoriasis et le lichen qui fournissent des observations d'amélioration, sinon de guérison. M. Bazin cite des cas guéris d'eczémas dartreux à la suite d'une cure de *Plombières*. Il y aurait opportunité à rechercher si, comme nous le pensons, ce n'est pas surtout l'emploi de bains tempérés qui a eu raison de dermatoses irritables, dans ces observations, l'eau en boisson n'intervenant que comme complément.

V. — EAUX FERRUGINEUSES.

Au nombre des eaux dont le fer est l'élément minéralisateur le plus sensible ou le plus apparent, et qu'on tient pour *ferrugineuses* en réalité, quelques-unes seulement sont employées contre les maladies de la peau. Leur usage interne l'emporte de beaucoup sur les applications en bains et en douches; il repose sur l'action dynamique des matériaux, à la fois hémoplastique, névrosthénique, et dans une certaine mesure, sédative de la circulation générale. Pendant l'immersion dans le bain d'eau ferrugineuse, naturelle et thermale, administré à la température de 33 à 35° cent., on n'est guère en mesure de constater que l'effet topique et astringent ressenti par la surface cutanée, et, s'il y a absorption du principe chalybé, nous ne sachions pas qu'on l'ait jamais démontré. Les douches, distribuées selon des modes variés, impliquent la même appréciation, d'autant que l'on est dans l'obligation de faire chauffer l'eau minérale ou de s'en servir à une grande distance de la source, alors que le degré de fixité du fer est très-inconstant.

Les eaux ferrugineuses thermales, en France, sont celles de *Luxeuil* et de *La Malou*. On dispose à *Luxeuil* de piscines à eau courante et alimentées par des sources *ferrugineuses-manganésiennes*, à une température tiède, dans lesquelles les malades peuvent séjourner plusieurs heures; elles sont conseillées avec avantage dans le traitement des eczémas varicqueux des extrémités inférieures; elles conviennent dans les dermatoses dépendant du lymphatisme et de la scrofule, et en définitive c'est d'une médication tonique et reconstituante qu'il s'agit à Luxeuil. Il ne semble pas que La Malou appelle les affections cutanées, sinon associées à des états névropathiques, avec anémie, passibles de l'action des eaux et d'un climat bienfaisant.

Parmi les eaux ferrugineuses froides, la station de Saint-Christau (Basses-Pyrénées) a été fréquentée, depuis longtemps, par les malades affectés de dermatoses. Ces eaux, émergeant avec une température de 14 à 15° C. et étant recueillies dans un immense réservoir avant leur distribution, sont chauffées artificiellement. Leur minéralisation s'évalue par 4 milligrammes de sulfate de fer et 3 dixièmes de milligrammes de sulfate de cuivre. Néanmoins, d'après M. Tillot, elles déterminent fréquemment des éruptions papuleuses ou pustuleuses à la peau, principalement chez les sujets lymphatiques. On relève dans ces phénomènes tous les caractères d'une *poussée substitutive* et dont les résultats se rapprochent de ceux observés ailleurs. A Saint-Christau, il est d'usage de multiplier les surfaces de contact entre l'eau et les parties malades, à l'aide des bains, des douches et des procédés de pulvérisation. Cette méthode suffirait seule pour expliquer les effets topiques dont il a été parlé, aidés de l'action reconstituante des eaux en boisson, en particulier chez les lymphatiques, les scrofuleux et les syphilitiques. L'eczéma et le lichen sont plus souvent curables à Saint-Christau que le psoriasis.

VI. — EAUX THERMALES SIMPLES.

Il est des eaux naturelles, à minéralisation peu prononcée, appartenant à différentes classes, bicarbonatées, chlorurées, alcalines et surtout sulfatées calciques, presque toujours très-chaudes, dont les applications externes, bains, douches, boues minérales, constituent, pour ainsi dire, la signification thérapeutique. En Allemagne, on désigne habituellement sous le nom d'eaux *indifférentes*, celles où la somme des éléments de la composition chimique n'excède pas 0gr.30, et que la thermalité caractérise en général. M. le professeur Gubler a proposé de les qualifier d'eaux *inermes*. Suivant M. Le Bret, leur activité, dépassant souvent les données d'une constitution

apparente, et à défaut d'action élective de la part de l'agrégat minéral, importe au point de vue des modes d'emploi complémentaire des eaux naturelles dans la cure des maladies chroniques. La médication minéro-thermale simple embrasse leur ensemble[1]. Or, si dans la majorité des dermatoses on est forcé de compter avec la prédominance diathésique ou constitutionnelle, il faut reconnaître que l'indication principale, pour beaucoup de cas, consiste à transformer le tégument externe dans son état morbide, à changer en quelque sorte ses habitudes plutôt qu'à combattre la diathèse, soit latente ou éloignée, soit faiblement efficiente. Une méthode balnéaire douce, graduellement appliquée, de façon à alterner des effets de sédation et de réaction modérée, est apte à rétablir l'équilibre des fonctions de la peau, en arrêtant le processus dont elle était le siége, et consécutivement à calmer l'irritabilité nerveuse, ou à tonifier l'économie. Avec d'autres procédés, c'est une détente révulsive qu'on obtient par l'appel de la diaphorèse, ou bien une substitution pour ainsi dire mécanique, et qui n'est pas moins précieuse pour le traitement des maladies cutanées. C'est ce qui explique comment des eaux minérales, d'une caractéristique indécise en chimie, mais appropriées aux pratiques de l'hydrothérapie thermale, contribuent à cette thérapeutique, contrairement à ce qu'on eût pu supposer de prime abord.

Un certain nombre d'affections cutanées sont traitées avec avantage à Néris ; parmi elles nous citerons les eczémas, se présentant plutôt comme une lésion idiopathique de la peau qu'avec les caractères inhérents à quelque état diathésique déterminé ; l'urticaire, le lichen, le prurigo, le prurit vulvaire et surtout l'hyperesthésie de l'enveloppe tégumentaire, véritable *dermalgie* décrite pour la première fois par Beau et qui rentre dans l'acception des névroses. En général, quand

[1] Le Bret, *loc. cit.*, p. 476.

les maladies de la peau se lient à un éréthisme général ou local, ou encore à l'exagération d'un tempérament nerveux, la médication thermale simple devient très-indiquée, de préférence à celles où l'action substitutive a le premier rôle. Avec Néris se prévalent encore de ces effets d'hyposthénisation, Bagnères-de-Bigorre, Ussat, Bains, Bourbon-Lancy, Dax, Châteauneuf, Foncaude, Avesne, Bagnoles de l'Orne, Schlangenbad.

Il n'en saurait être de même aux eaux de Louéche, en Suisse. Nous avons déjà interprété le phénomène de la *poussée*, ou éruption cutanée artificielle, que provoque l'usage des bains d'après une méthode particulière et traditionnelle dans cette station thermale. On s'y baigne, en effet, à très-peu d'exceptions, en commun, au milieu de piscines, où l'eau conserve une température de 34°, 8 c. La durée des bains est de trois quarts d'heure à une heure, au début, et on l'augmente, chaque jour, d'une demi-heure à une heure, jusqu'à ce que le malade puisse tolérer cette immersion pendant quatre, cinq et même six heures de bain, partagées en deux séances, dont la plus longue est toujours celle du matin. On diminue ces séances, ou on *débaigne*, selon l'expression locale, en suivant une méthode inverse et descendante, lorsqu'apparaît l'exanthème attendu ou *poussée*. Rien de plus irrégulier d'ailleurs que la marche de la poussée à Louéche; quoi qu'on en ait dit, elle n'est pas un effet constant des bains: chez certains sujets, elle manque; chez d'autres, elle se traduit par une fluxion érythémateuse de la peau, tantôt partielle, le plus souvent générale, qui peut revêtir la forme pustuleuse, avec plus ou moins de retentissement fébrile et qu'il convient de modérer, ou bien qui ne consiste qu'en une simple rugosité des papilles du derme, avec des degrés intermédiaires et une persistance variable. Les nombreuses idiosyncrasies afférentes aux dermatoses, les caractères que leur imprime la diathèse originelle et acquise, différencient la mar-

che et la disparition de ces symptômes de recrudescence, recherchés à Louèche, très-analogues à ceux qu'on observe partout où la méthode substitutive est appliquée au traitement des maladies cutanées. Aussi Alibert conseillait-il de n'employer ces eaux et ces bains prolongés que contre les dartres accompagnées d'inertie des propriétés vitales de la peau. Si dans les formes sèches et squameuses, dont le psoriasis est le type, on est en droit d'user de l'excitation énergique qui modifiera efficacement les conditions morbides de l'appareil tégumentaire, il deviendrait imprudent de soumettre au même procédé les affections eczémateuses, ou leurs similaires, pour peu qu'elles soient étendues ou en balance avec quelque affection viscérale. L'eczéma, l'impétigo, l'herpès, l'acné, fourniront des indications à Louèche, lorsque le lymphatisme et l'herpétisme seront intimement unis sur le même terrain. On comprend toutefois que le surcroît d'activité imprimée à l'exhalation cutanée et aux autres fonctions sécrétoires et éliminatrices de la peau, par une pratique balnéaire assez énergique, puisse produire des effets de dérivation très-utiles, et dont toute l'économie ressente la portée. C'est à titre de méthode tonique, sans aucune propriété de spécificité, que l'emploi de la piscine de Louèche nous semble avoir sa véritable valeur.

Dans les établissements thermaux où l'on met en œuvre les bains de *boues minérales* (Saint-Amand, Dax, Barbotan, en France ; Franzensbad, en Bohême), il y a à se prémunir également contre la stimulation fluxionnaire que le bain ainsi composé et généralement chaud amène rapidement à la surface de la peau. Aussi les dermatoses à forme sèche et essentiellement indolente comporteront-elles seules cette médication minérale, que contre-indique toute affection irritable.

S'il est une règle commune, dont on ne doive pas s'écarter, en dernière analyse, dans les applications des eaux minérales à la cure des maladies de la peau, c'est celle de diriger le trai-

tement, de manière à ce qu'il excite le moins possible les lésions cutanées, sans perturbation de l'organisme. De là ressort l'impossibilité de préciser à l'avance la durée d'un traitement thermal quelconque. L'ancienneté de l'état pathologique, la période et la forme de l'affection, l'idiosyncrasie des malades, les changements significatifs qui surviennent sous l'influence des eaux, diminution ou aggravation des symptômes, phénomènes généraux, etc., composent autant de circonstances qu'il appartient au médecin traitant d'apprécier et qui contredisent formellement la coutume banale des vingt-et-un jours de bains, adoptée par trop de personnes. Si l'on réfléchit au caractère essentiellement rebelle des affections cutanées, à leur résistance prise dans le vice originel qui les entretient si souvent, à leur tendance aux récidives dont elles tirent un cachet spécial, il paraîtra rationnel de subordonner aux conditions relatives le temps qu'il faut consacrer à l'emploi des eaux. C'est ainsi que des saisons longues et non interrompues conviennent aux scrofuleux et qu'il est nécessaire de prescrire des intervalles mesurés dans le traitement aux sujets impressionnables, délicats, aux femmes, aux enfants; parfois, chez bon nombre de dartreux, les premiers effets d'atténuation sont tellement rapides, qu'ils leur suggèrent de fausses espérances, renversées bientôt par le retour de l'affection à son état primitif, sinon avec une intensité nouvelle et plus considérable. Il y a lieu alors ou de suspendre ou de continuer l'emploi des eaux, selon les leçons de l'expérience, mais en dehors de toute formule sacramentelle et absolue. Comme la routine, le dogmatisme entraîne avec lui des dangers que nous avons surtout voulu prévenir en mettant, par les considérations qui précèdent, nos lecteurs à même de faire leur choix non d'après des règles fixes, mais d'après les mille détails qui révèlent le praticien.

L'importance des cures répétées ne semble pas moins capitale, surtout si l'on se trouve aux prises avec une affection

constitutionnelle ou générique. Enfin, ce n'est pas un médiocre privilége de cette thérapeutique que celui de faciliter les traitements préventifs. Pour beaucoup de malades, l'utilité de revenir tous les deux, trois ou quatre ans, suivre une cure aux eaux qui ont guéri leurs manifestations herpétiques, se démontre d'elle-même par les résultats. C'est dans cette sage persévérance que réside le moyen le plus sûr d'épuiser un principe diathésique ou de s'opposer à son réveil.

ERRATA

Page, 459, ligne 27, au lieu de *Pearson*, lire *Fowler*; même page, ligne 29, au lieu de 1 gr. 75 cent., lire 4 gram.

Page 461, ligne 20, au lieu de *Pearson*, lire *Fowler*; même page, ligne 23, au lieu de 1 gr. 75, lire 4 gram.

Page 543, ligne 30, au lieu de *sycositique*, lire *sycosique*.

APPENDICE

A LA THÉRAPEUTIQUE DES MALADIES VÉNÉRIENNES.

1° *Formule pour mûrir rapidement et couper la blennorrhagie uréthrale :*

« Prendre tous les jours un bain tiède, de *deux ou trois* heures de durée. »

« Lorsque, grâce à leur action, la blennorrhagie sera mûre, cesser les bains et prendre, pendant dix jours, trois fois par jour, quatre ou cinq capsules d'essence de santal jaune. »

2° *Contre la blennorrhée :*

« Faire, trois jours de suite, une injection avec :

Eau distillée.	50 grammes.
Nitrate d'argent.	5 centigrammes.

« Douze heures après la dernière, commencer à en faire trois par jour avec :

Eau distillée	250 grammes.
Sous-acétate de plomb liquide. . . .	ãã 4 grammes.
Eau-de-vie camphrée.	
Laudanum de Sydenham.	

M.

« Les continuer pendant huit ou dix jours. »

3° *Topique contre les plaques muqueuses de l'arrière-gorge :*

Prescrire au client de porter lui-même, plusieurs fois par jour, sur les endroits malades le bout de son doigt indicateur chargé du mélange suivant :

Miel commun.	20 grammes.
Sublimé.	2 décigrammes.

M. s. a.

4° *Pilules ferro-hydrargyriques :*

Hydrargyre cru.	} āā 15 décigrammes.
Fer réduit.	
Miel.	3 grammes.
Gomme adragante.	q. s.

Pour 60 pilules.

dont on prend deux ou trois par jour.

Cette excellente formule de Lepetit aura fréquemment son indication chez les syphilitiques, à la période prodromique, qu'elle dispense de prendre isolément et des médicaments ferrugineux et des médicaments hydrargyriques.

TABLE DES MATIÈRES

MALADIES VÉNÉRIENNES

CHAPITRE PREMIER

Blennorrhagie 2

BLENNORRHAGIE URÉTHRALE 2

A. *Chez l'homme* 2

1° État abortible 8
2° État irrépressible 11
3° Etat répressible 23
4° État stationnaire 33

a. Blennorrhagie chronique 37
b. Blennorrhagie proprement dite 40
c. Suintement muqueux 54

Blennorrhoïdes 58

Urétorrhrée 58
Herpétisme uréthral 60

Blennopathies 65

Inflammation, œdème, phimosis 65
Abcès, lymphangite, adénite 68
Prostatite et Cowpérite 70
Cystite 73
Épididymite et orchite 86
Rhumatisme blennorrhagique 106
Balano-posthite 111

B. Blennorrhagies chez la femme 116
Blennorrhagies extra-génitales. 129
Blennorrhagie conjonctivale. 130
Blennorrhagies anale, auriculaire, buccale. 135
Herpès récidivant des organes génitaux. 138

CHAPITRE II

Chancrelle. 145
1° Évolution et diagnostic. 148
2° Thérapeutique générale. 155
a. Traitement abortif. 160
b. Traitement morateur. 165
Modifications du traitement dues :
A. *Au siége*. 167
Chancrelle du pénil. 168
Chancrelle du repli balano-préputial. 168
Chancrelle du limbe du prépuce. 169
Chancrelles sous-préputiales. 170
Chancrelle du filet. 173
Chancrelle de l'anus. 174
Chancrelle de l'urèthre 181
Chancrelle céphalique. 182
Chancrelles de la femme. 182
B. *A l'état de l'organisme*. 184
Phagédénisme 184
Bubon. 198
1° Bubon sympathique. 199
2° Bubon chancrelleux. 199
3° Bubon d'emblée. 200
Traitement du bubon. 206
Bubon strumeux 214
Leucite. 216
Phimosis congénital 218
Paraphimosis. 222
Appendice. 881

CHAPITRE III

Syphilis. 227
A. Évolution. — Première incubation. 228
Première lésion. 229
Adénopathie. 231
Deuxième incubation. 235

Invasion prodromes. 235
Accidents secondaires. 236
Lésions ultérieures (onyxis, iritis, albuginite, lésions des systèmes osseux, nerveux, des viscères et du tégument). 238

B. Traitement (degrés et phases de la maladie). 253

1° *Avant le chancre*. 259
2° *Le chancre existant*. 261
3° *Durant les accidents successifs*. 270
4° *Durant la première poussée*. 270
5° *Durant les poussées ultérieures*. 284

a. Par le traitement spécifique. 285
b. Par le traitement non spécifique. 293

a. Traitement général. 293
b. Traitement local (crâne, face, œil, narines et fosses nasales, bouche, isthme du gosier, pharynx, larynx, tronc, mains, pieds, région ano-génitale 295

6° *Contre la syphilis tertiaire*. 312

Syphilis héréditaire. 335

1° Traitement préventif. 337
2° Traitement curatif. 340

Végétations. 345
Coexistence des diverses maladies vénériennes. 351
Prophylaxie individuelle. 355
Les syphilitiques en famille. 359

1° L'aptitude au mariage. 359
2° Le cas urgent de mariage 362
3° Les dangers de la conception. 364
4° La question de nourrice. 368
5° Le blennorrhagien fiancé. 372
6° Le Blennorrhagien en vacances. 376

Jeunesse et génésie. 379
Pertes de semence. 385
Impuissance. 387

MALADIES CUTANÉES

Classification. 404

Exanthèmes non contagieux. 406

Érythème 406
Urticaire. 422
Roséole 427

Taches hématiques. 429

Purpura. 429

Taches pigmentaires 435
Leucodermies : atrophie pigmentaire de l'épiderme 442
Atrophie du pigment des poils 444
Vésicules 448
Miliaire 448
Eczéma 450
Pustules 519
Impétigo 519
Ecthyma 537
Furoncle 545
Anthrax 549
Bouton d'Alep 554
Bouton de Biskra 556
Bulles 557
Pemphigus 557
Rupia 567
Papules 569
Lichen 569
Prurigo 586
Tubercules 601
Lupus 601
Lèpre 959
Exfoliations congénitales 655
Ichthyose 655
Exfoliations acquises 665
Pityriasis 672
Psoriasis 672
Hypertrophies 711
Eléphantiasis des Arabes 711
Sclérodermie 718
Néoplasies 724
Mycosis 724
Lichen hypertrophique 728
Kéloïde 730
Carcinome 737
Cancroïde 741
Mélanose 745
Maladies des glandes sébacées 747
Acné 747
Lésions de l'épiderme et des ongles 773
Tylosis 773
Onyxis 776
Péri-onyxis 777

Lésions des poils 781
Canitie 781
Alopécie. 782
Atrophie. 787
Difformité. 788
Nœvi. 788
Verrues. 790
Cornes cutanées. 791
Affections parasitaires 792
Gale. 795
Phthiriase. 811
Parasites végétaux. 816
Favus. 816
Trichophytie. 822
Pityriasis versicolor. 834
Maladies a éléments parasitaires indéterminés. 836
Pityriasis capitis. 836
Pelade. 838
De l'emploi des eaux minérales dans le traitement des maladies de la peau. 843

Typographie Lahure, rue de Fleurus, 9, à Paris.

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

EXTRAIT DU CATALOGUE

MALADIES VÉNÉRIENNES. — VOIES URINAIRES

Précis iconographique des maladies vénériennes, par M. le Dr Cullerier. 1 vol. grand in-18 de 700 pages et 74 planches gravées sur acier et coloriées. Relié. . . . . 50 fr.

Le même, gr. in-8 jésus, tiré sur chine et colorié. Relié maroquin. 80 fr.

Traité des maladies vénériennes, par M. le Dr Rollet, ex-chirurgien en chef de l'Antiquaille. 1 vol. in-8 de 1000 pages. . . . . 12 fr.

Traité théorique et pratique de la syphilis et des maladies vénériennes, par MM. les Drs Belhomme et Aimé Martin. 2e édition, entièrement refondue et suivie d'un formulaire. 1 vol. in-18 de 800 pages. 8 fr.

Collection des anciens syphiliographes, traduite et annotée par M. le Dr Fournier, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Il a été publié de cette collection :

Frascator (1530). *La syphilis.* 1 vol. in-18. . . . . 2 fr. 50

Béthencourt (Jean de) (1577). *Le nouveau carême de pénitence.* 1 vol. in-18. . . . . 3 fr.

Vigo (Jacques de). *Le mal français.* 1 vol. in-18. . . . . 3 fr.

Quelques exemplaires de ces deux derniers ouvrages, sur papier de Hollande. Chaque volume. . . . . 5 fr.

Recherches statistiques sur l'étiologie de la syphilis tertiaire, par M. le Dr Louis Jullien, chef de clinique des hôpitaux de Lyon. 1 vol. in-8 avec nombreux tableaux. . . . . 3 fr.

La syphilis et la prostitution dans leurs rapports avec l'hygiène, la morale et la loi, par M. le Dr Hippolyte Mireur, médecin-inspecteur du Dispensaire de salubrité de Marseille. 1 fort vol. in-8. . . . . 10 fr.

Traité des maladies des voies urinaires, maladies de l'urèthre, par M. le Dr Voillemier, chirurgien de l'Hôtel-Dieu. 1 beau vol. in-8. avec 87 figures dans le texte. . . . . 12 fr. 50

Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires, professées à l'University college Hospital de Londres, par M. le professeur Henry Thompson, traduites, annotées et augmentées d'une Introduction anatomique, par MM. les Drs Jude Hue et F. Gignoux. 1 vol. grand in-8, avec 40 figures dans le texte. . . . . 10 fr.

De la lithotritie périnéale, ou nouvelle manière d'opérer les calculeux, par M. le professeur Dolbeau. 1 vol. in-8, avec une planche et figures dans le texte. . . . . 4 fr.

Thérapeutique des maladies vénériennes et des maladies cutanées, par M. le Dr P. Diday, ex-chirurgien en chef de l'Antiquaille, de Lyon, et M. le Dr A. Doyon, médecin-inspecteur des Eaux d'Uriage, directeur des Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie. Paris, 1876. 1 très-fort vol. petit in-8. . . . . 9 fr.

MALADIES DE LA PEAU

Traité des maladies de la peau, comprenant les exanthèmes aigus, par M. Hebra, professeur à la Faculté de médecine de Vienne, traduit par M. le Dr Doyon.
Tome I. 1 vol. grand in-8. . . . . 16 fr.
Tome II. Fascicules 1 et 2. . . . . 9 fr.

Traité pratique des maladies de la peau, par M. le Dr A. Devergie. 3e édition. 1 vol. in-8, avec figures dans le texte. . . . . 10 fr.

Leçons cliniques sur les maladies de la peau, par M. le Dr Gilbout, médecin de l'hôpital Saint-Louis. 1 vol. in-8. . . . . 8 fr.

De l'herpès récidivant des parties génitales, par M. le Dr Doyon. 1 vol. in-8. . . . . 3 fr. 50

Égypte et Palestine, observations scientifiques et médicales, par le Dr E. Godard, avec une préface par M. le professeur Ch. Robin. 1 vol. grand in-8, avec un atlas in-4 de 27 planches lithographiées, d'après les dessins de l'auteur. . . . . 24 fr.

Thérapeutique des maladies vénériennes et des maladies cutanées. (Voy. ci-dessus.)

ACCOUCHEMENTS. — MALADIES DES FEMMES

Atlas de l'art des accouchements, par MM. Lenoir, Marc Sée et Tarnier. 1 fort vol. grand in-8 jésus de 105 planches dessinées d'après nature, accompagnées d'un texte explicatif en regard.
Prix : planches noires et reliure demi-maroquin. . . . . 60 fr.
— Le même ouvrage, planches coloriées, reliure demi-maroquin. 110 fr.

Manuel d'accouchements, comprenant la pathologie de la grossesse et les suites de couches, par M. le professeur Schröder ; traduit sur la 4e édition et annoté par M. le Dr Charpentier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. grand in-8 de 750 pages, avec 155 fig. dans le texte. . . . . 14 fr.

Manuel d'obstétrique, ou aide-mémoire de l'élève et du praticien, par M. le Dr Nielly, médecin de 1re classe de la marine, agrégé d'accouchements à l'école de médecine navale de Brest. 1 vol. in-8 diamant, cartonné à l'anglaise, de 224 pages, avec 47 figures dans le texte. . . . . 4 fr.

De la métrite chronique, par M. le Dr Scanzoni ; traduit de l'allemand par M. le Dr Sieffermann. 1 vol. in-8. . . . . 7 fr.

Traité clinique des maladies des femmes, par M. le Dr Robert Barnes, traduit de l'anglais par M. le Dr A. Cordes, précédé d'une préface de M. le professeur Pajot. 1 vol. grand in-8 de 800 pages, avec 170 figures dans le texte. . . . . 16 fr.

Leçons sur les opérations obstétricales et le traitement des hémorrhagies, ou Guide de l'accoucheur dans les cas difficiles, par Robert Barnes; traduites sur la seconde édition, par le Dr Cordes, avec une préface du professeur Pajot. Paris, 1873. 1 vol. gr. in-8 avec 115 figures. 12 fr.

ANNALES

DE

DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION

DU Dr A. DOYON

Les *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie* paraissent tous les deux mois à partir du 20 novembre 1868.

Elles forment chaque année un beau volume in-8, avec planches et gravures dans le texte quand le sujet l'exige.

En vente tomes I à VI (1868 à 1875). — Prix de chaque volume.. 10 fr.

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL :

Paris	**10 fr.**	**Union postale**	**13 fr.**
Départements	**12 fr.**	**États-Unis**	**14 fr.**

PRINCIPAUX TRAVAUX PUBLIÉS DANS LES TOMES I A VI

Tome premier, année 1869

Contribution à l'étude du rhumatisme blennorrhagique, par M. le Dr Alfred Fournier. — *De l'emploi de la glace contre certaines affections de l'appareil testiculaire*, par M. le Dr P. Diday. — *Des maladies vénériennes et syphilitiques de l'utérus*, par M. le Dr J. Rollet, de l'Antiquaille, à Lyon. — *Des diathèses dans les dermatoses au point de vue de la Thérapeutique*, par M. le Dr E. Guibout. — *Études sur le parasitisme*, par M. le professeur J. de Seynes. — *Considérations sur la nature et le traitement de l'ichthyose*, par M. le Dr Lailler. — *De l'éléphantiasis du nez et de son traitement*, par M. le Dr E. Guibout. — *Note sur les tumeurs éphémères congestives de la peau*, par M. le Dr L. Perroud. — *Contribution à l'étude des concrétions membraniformes de l'intestin*, par M. le Dr Le Bret. — *Étude critique des mesures prophylactiques contre les maladies vénériennes proposées spécialement à l'égard des marins*, par M. le Dr A. Le Roy de Méricourt. — *Étude sur la teigne faveuse chez les animaux domestiques*, par M. le Dr F. Saint-Cyr. — *De la grossesse considérée comme contre-indication à l'administration prolongée de l'arsenic*, par M. le Dr Ol. du Vivier. — *Prophylaxie internationale des maladies vénériennes*, par M. le Dr Crocq (de Bruxelles), et M. le Dr Rollet (de Lyon). *Influence des maladies du testicule et de l'épididyme sur la composition du sperme*, par M. le Dr Liégeois. — *A propos de quelques mesures relatives à la prophylaxie des maladies vénériennes et syphilitiques*, par M. J. Galligo. — *Cours clinique des maladies de la peau*, professé à l'hôpital Saint-Louis, par M. le professeur Hardy. — *De l'analgésie syphilitique secondaire*, par M. le Dr Alfred Fournier.

Tome II, année 1870

Des résultats cliniques et scientifiques, obtenus avec les injections sous-cutanées de sublimé à petites doses dans l'étude de la syphilis, par M. le Dr Liégeois. — *Les végétaux parasites*, et les nouvelles recherches sur les maladies virulentes et contagieuses, par M. le professeur Lortet. — *De l'induration chancreuse chez la femme*, par M. le Dr Alfred Fournier. — *Documents inédits relatifs à la prostitution*, tirés des archives centrales de l'état de Florence, par M. le Dr J. Galligo. — *Observation pour servir à l'histoire de l'hépatite syphilitique*, par M. le Dr A. Rodet. — *A propos de la réglementation de l'exercice de la prostitution*, par M. le Dr Servier. — *Mode particulier de transmission de la syphilis au nourrisson par la nourrice dans l'allaitement*, par M. le Dr Achille Dron. — *Notes cliniques sur les maladies vénériennes*, par M. le Dr Gailleton. — *Du sulfate de quinine dans le traitement de l'érysipèle spontané de face*, par M. le Dr Perroud. — *Note sur deux cas de névralgie crurale coïncident avec une blennorrhagie*, par M. le Dr Henry Coutagne. — *Observation de myélite syphilitique aiguë*, par Mollière. — *De l'autonomie de la vaccine*, par M. le professeur A. Chauveau. — *Des lois qui presi-*

dent à l'éclosion et au développement de la syphilis, par M. le Dr A. Fournier. — *Étude sur l'herpès zoster frontal ou ophthalmique*, par M. le Dr Lagueur. — *Observation d'esthiomène de la région vulvo-anale*, par M. Th. Curtis.

Tome III, années 1871-1872

Note sur la tricoptilose, affection des cheveux non décrite, par M. le Dr A. Devergie. — *De l'alopécie, de l'onyxis et du périonyxis*, comme accidents de la période secondaire de la syphilis, par M le Dr A. Fournier. — *Causerie sur l'hôpital Saint-Louis*, par M. Guérard. — *Du bubon mixte*, par M. le Dr P. Diday. — *De la dartre*, par M. Charpy. — *De l'herpès généralisé fébrile*, par M. le Dr Henry Coutagne. — *Traitement du périonyxis ulcéreux*, par M. le Dr Diday. — *La prostitution en Espagne, prophylaxie de la syphilis*, par M. le Dr Cambas. — *Des rapports pathogéniques de l'érythème noueux avec le rhumatisme*, par M. le Dr Sirebey. — *Des indurations secondaires et des transformations du chancre*, par M. le Dr A. Fournier. — *Des organes génitaux externes chez les prostituées*, par M. le Dr A. Charpy. — *Études et observations sur la syphilis infantile et sur une forme suspecte de syphilis chez les enfants à la mamelle*, par M. le Dr Gaetano Casati. — *Sclérème des adultes*, par M. le Dr Pasturaud. — *Emploi de l'iode dans le traitement des maladies syphilitiques*, par M. le Dr Guillemin. — *Observation de favus simulant un pityriasis du cuir chevelu*, par M. le Dr E. Spillmann. — *Des rapports des affections de la peau entre elles et avec les affections des autres systèmes*, par Debove. — *Étude critique sur l'induration secondaire*, par M. le Dr A. Doyon.

Tome IV, année 1873

Des adénopathies secondaires de la syphilis, par M. le Dr A. Fournier. — *De la nature du lichen hypertrophique*, par M. le Dr A. Charpy. — *De l'emploi des bougies médicamenteuses dans le traitement de la blennorrhagie et principalement de la blennorrhagie chronique*. par M. G. Lorey. — *Étude sur les végétations* (Produits épigéniques des muqueuses), par M. le Dr Aimé Martin. — *Sur les altérations de la peau chez le vieillard*, par M. Isidore Neumann. — *Note sur l'emploi du silicate de soude dans quelques affections vénériennes*, par M. le Dr M. Sée. — *Inoculabilité des pustules d'ecthyma*, par M. le Dr E. Vidal. — *Observation de chancre et bubon mixtes*, par M. le Dr P. Diday. — *De l'eczéma des paupières*, par M. le Dr J. Gayat, de Lyon. — *Note pour servir à l'histoire du pemphigus aigu fébrile*, par M. le Dr Horaud. — *Observation de bubon d'emblée chancrelleux*, par M. le Dr P. Diday.

Tome V, année 1874

Éléphantiasis du fourreau de la verge et du scrotum, par M. le Dr Voillemier. — *De la Miliaire*, par M. le Dr Ernest Besnier. — *Recherches cliniques sur la nosographie du purpura hæmorrhagica et des affections pétéchiales*, par M. le Dr Humbert Mollière. — *Nouveau système d'assainissement de la prostitution*, par M. le Dr P. Diday. — *Du mycosis fongoïde ou lymphadénie cutanée*, par Emile Demange. — *De l'érysipèle rhumatismal*, par M. le Dr Perroud. — *Triple paralysie oculaire d'origine syphilitique*, par M. le Dr Alfred Fournier. — *Observation de greffes épidermiques sur un chancre syphilitique*, par M. le Dr Achille Dion. — *La balanoposthite ; son rôle à l'égard du chancre et son traitement radical*, par M. le Dr Anton Nystrôm, de Stockholm. — *De la syphilis inoculée*, par M. le Dr J. Rollet. — *Recherches sur les altérations de la sensibilité dans les affections de la peau*, par M. le Dr H. Rendu.

Tome VI, année 1875

Considérations anatomo-pathologiques et nosologiques sur l'esthiomène, pour en désigner la nature et en indiquer le traitement, par M. le Dr Dauvergne père. — *Mémoire sur les affections syphilitiques précoces des centres nerveux*, par M. le Dr Charles Mauriac. — *Des nomenclatures et des classifications dermatologiques*, par M. le Dr Dauvergne père. — *Contribution à l'étude de la syphilis larynxée*, par Poyet. — *Note de dermatologie et de syphiligraphie*, par M. le Dr A. Charpy. — *Quelques mots sur le lupus. — Ce qu'il faut penser de cette dénomination*, par M. le Dr L. Guérard. — *Considérations sur la nature et le traitement de la pelade*, par M. le Dr M.-A. Horand.

Typographie Lahure, rue de Fleurus, 9, à Paris

LANE MEDICAL LIBRARY

To avoid fine, this book should be returned on
or before the date last stamped below.

T71 Diday, P. 12203
D55 Thérapeutique des
1876 maladies vénériennes.

NAME	DATE DUE